

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN
NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA**

TANGGAL 28 Juni – 01 Juli 2016



OLEH

MANUELA MARQUES
NIM: 132111120

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN
NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA**

TANGGAL 28 Juni – 01 Juli 2016

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu
Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan**



OLEH

MANUELA MARQUES
NIM: 132111120

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bawah Studi Kasus ini adalah hasil karaya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Desember 2016

Yang menyatakan

MANUELA MARQUES
132111120

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Multigravida Dengan Persalinan Norma Di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana Tanggal 28 Juli – 01 Juli 2016”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama :
Manuela Marques NIM 132111120 program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Kupang, November 2016

Menyetujui

Pembimbing I



Ummu Zakiah, SST. M.Keb

Pembimbing II


Endah Dwi Pratiwi, SST

Mengetahui

Ketua
STIKes CHM-K


drg. Jeffrey Jap, M.Kes

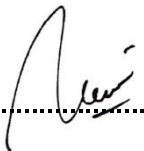
Ketua
Prodi Kebidanan


Ummu Zakiah, SST. M.Keb

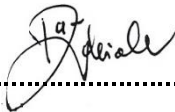
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana Tanggal 28 Juli - 01 Juli 2016”** telah disetujui dan di ajukan dalam seminar karya tulis ilmiah mahasiswa atas nama :
Manuela Marques NIM 132111120 Program studi D III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal,

Ketua : Maria C. F. Djeky, SST., M.Kes

: 

Anggota : 1. Ummu Zakiah, SST.M.Keb


: 

2. Endah Dwi Pratiwi, SST

: 

Mengetahui

**Ketua
STIKes CHM-K**


drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua
Prodi Kebidanan**


Ummu Zakiah, SST. M.Keb

PERSEMBAHAN DAN MOTTO

Lembar Persembahan

*Persembahan Ini Saya Berikan Kepada Tuhan,
Kedua Orang Tua Bapak Marcos Pinto, Ibu
Fatimah Fernandes Soares Dan Kakak Mario
Pires Marques Dan Maria Lopes Marques Serta
Teman-Teman Angkatan 6 STIK-es CHMK, Dan
Alamamaterku Tercinta*

MOTTO

*Kesuksesan Hanya Dapat Diraih Dengan Segala
Upaya Dan Usaha, Yang Disertai Dengan Doa ,
Karena Sesungguhnya Nasip Seseorang Manusia
Tidak Akan Berubah Dengan Sendirinya Tanpa
Berusaha*

BIODATA PENULIS

Nama : Manuela Marques

Tempat dan tanggal lahir : Dilor, 06 September 1994

Agama : Khatolik

Alamat : Jln. Camplong Kupang

Riwayat pendidikan : 1. SD Inpres Naibonat 2001-2007
2. SMP Negeri 4 Kupang Timur 2007-2010
3. SMA Negeri 1 Fatuleu 2010-2013
4. Pada tahun 2013 sampai sekarang sedang menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di STIKes CHM-Kupang.

ABSTRAK

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mediri Kupang
Jurusan Kebidanan Kupang**

Studi Kasus, Juli 2016

MANUELA MARQUES

NIM : 132111120

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN
NORMAL DI RUANGAN BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 28 Juni – 01 Juli 2016**

Latar Belakang : Program kesehatan yang terkait dalam status kesehatan ibu dan anak di Indonesia akhir-akhir ini mulai menunjukkan peningkatan. Hal ini sangat penting untuk dapat menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi terjadi pada saat proses persalinan (Prasetyawati, 2012). Persalinan merupakan suatu proses alami yang berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai (Feryanto, 2011). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin dan tanpa ada penyulit (Dewi, 2012).

Tujuan : Tujuan pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal yaitu untuk mengetahui bagaimana asuhan kebidanan persalinan normal dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

Metode : Metode Yang Digunakan Dalam Penelitian Ini Adalah Penelitian Deskriptif Dengan Pendekatan Studi Kasus Yaitu Untuk Menggambarkan Asuhan Kebidanan Pada Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

Simpulan : Persalinan di mulai ketika adanya tanda-tanda persalinan dan berakhir setelah lahirnya plasenta hingga pemantauan kala IV dan cara yang di gunakan dalam asuhan ini menggunakan 7 langkah Varney

Kata kunci: Multigravida, Persalinan Normal

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-NYA sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (A. md. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini perkenalkan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada: Ibu Ummu Zakiah SST.M.Keb, selaku pembimbing I yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan studi kasus ini, Ibu Endah Dwi Pratiwi, SST, selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan studi kasus ini, Ibu Maria C. F. Djeky, SST., M.Kes. selaku penguji yang telah bersedia menguji karya tulis ilmiah studi kasus saya dan memberikan saran dan kritikan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah studi kasus ini.

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku ketua Stikes Citra Husada Mandiri Kupang

3. Ibu Ummu Zakiah, SST. M.Keb, selaku ketua prodi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan bimbingan
4. Ibu Frida S. Pay, SST, M. Kes selaku wali kelas yang selalu mendukung dan memberikan motivasi dalam penyelesaian laporan studi kasus ini.
5. Para dosen Program Studi DIII kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
6. Ibu Monika Sara, Amd. Keb selaku kepala Ruang Puskesmas Sikumana Rawat Inap yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus didalam ruangan.
7. Ny A.S dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan studi kasus.
8. Kedua orangtua saya Bapak Marcos Pinto dan Mama Fatimah Fernandes Soares dan kakak tersayang Mario, Lopes dan Nezli, serta semua keluarga besar yang telah memberikan dukungan doa, motivasi, dan moril kepada penulis dalam penyelesaian laporan studi kasus ini.
9. Sahabat-sahabat saya (Ifond, Adel, Yuni, Deby, Sanni) yang selalu bersama saya dalam suka maupun duka dan semua mahasiswa kebidanan C angkatan VI yang telah memberikan semangat, bantuan, motivasi, masukan dan saran dalam proses penyelesaian laporan studi kasus studi kasus ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan terhadap penulis dalam menyelsaikan laporan studi kasus ini.

Kupang, Desember
2016

Manuela Marques

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar	ii
Halaman Pernyataan	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan	v
Halaman Motto dan Persembahan	vi
Halaman Biodata Penulis.....	vii
Halaman Abstrak	viii
Halaman Kata Pengantar.....	ix
Halaman Daftar Isi	xii
Halaman Daftar Gambar	xv
Halaman Daftar Singkatan	xvi
Halaman Lampiran.....	xix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	2
1.3. Tujuan Penulisan.....	3
1.4. Manfaat Penulisan.....	3
1.5. Sistematika Penulis	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
2.1. Konsep Dasar Persalinan Normal.....	5

2.1.1. Pengertian Persalinan	5
2.1.2. Tujuan Asuhan Persalinan.....	6
2.1.3. Teori terjadinya persalinan.....	7
2.1.4. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	9
2.1.5. Mekanisma Persalinan Normal	15
2.1.6. Tanda-Tanda Persalinan	19
2.1.7. Tahapan Persalinan (KALA I, II, III, IV).....	23
2.1.8. Posisi-Posisi Pada Saat Meneran	26
2.1.9. Persiapan Asuhan Peralinan Normal.....	29
2.2. Konsep Dasar Menejemen Kebidanan	46
2.2.1. Pengertian Menejemen Kebidanan	46
2.2.2. langkah-langkah Menejemen Kebidanan.....	47
2.3. Pathway	70
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	71
3.1. Desain Penelitian Dan Rencana Penelitian	71
3.1.1. Desain Penelitian.....	71
3.1.2. Rancangan Penelitian.....	71
3.2. Kerangka Kerja (<i>Frame Work</i>)	72
3.3. Populasi, Sampel dan Sampling	73
3.3.1. Populasi.....	73
3.3.2. Sampel	73
3.3.3. Sampling.....	73
3.4. Pengumpulan Data	74

3.4.1. Pengumpulan Data	74
3.4.2. Proses Pengumpulan Data	74
3.4.3. Instrumen Pengumpulan Data	75
3.4.4. Tempat Dan Waktu Pelaksanaan Penelitian	75
3.5. Etika Penelitian	76
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	78
4.1. Hasil Peneltian	78
4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian	78
4.1.2. Tempat Dan Waktu Penelitian	79
4.1.3. Hasil Peneltian Studi Kasus	80
4.2. Pembahasan	103
BAB V PENUTUP	110
5.1. Kesimpulan	110
5.2. Saran	113
DAFTAR PUSTAKA	115
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
	Gambar 2.1 Pathway	70
	Gambar 3.1 Kerangka Kerja	72

DAFTAR SINGKATAN

A	: Abortus, Assesment
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AH	: Anak Hidup
APD	: Alat Perlindung Diri
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
Cm	: Centimeter
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
G	: Gravida
Gr	: Gram
Hb	: Hemoglobin
HB0	: Hepatitis B
HIV	: Human Immuno Deficiency Virus
HPHT	: Haid Pertama Hari Terakhir
IM	: Intramuskuler
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini

IU : Intra Unit
 IV : Intra Vena
 Kg : Kilogram
 LD :Lingkar Dada
 LK :Lingkar Kepala
 LP : Lingkar Perut
 Mg : Miligram
 N : Nadi
 NTT : Nusa Tenggara Timur
 Ny : Nyonya
 O :Objektif
 P : Para, Planing
 PAP : Pintu Atas Panggul
 PAB : Pintu Bawah Panggul
 PB : Panjang Badan
 PX : Prosesus Xipoides
 PPV : Pengeluaran Pervaginam
 RDS : Respiratory Destress Syndrome
 RR : Respiratory Rate (Pernapasan)
 S : Subjektif, Suhu
 TB : Tinggi Badan
 TBC : Tuberkulosis
 TBJ : Tafsiran Berat Badan Janin

TD : Tekanan Darah
TFU : Tinggi Fundus Uteri
TH : Turun Hodge
Tn : Tuan
TP : Tafsiran Persalinan
TTV : Tanda-Tanda Vital
UK : Usia Kehamilan
USG : Ultrasonografi
UUK : Ubun-Ubun Kecil
Vit K : Vitamin K
VT : Vagina Toucher
WITA : Waktu Indonesia Tengah
°C : Derajat Celsius

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Asken Intrapartal

Lampiran 2 Partograf

Lampiran 3 Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program kesehatan yang terkait dalam status kesehatan ibu dan anak di Indonesia akhir-akhir ini mulai menunjukkan peningkatan. Hal ini sangat penting untuk dapat menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi terjadi pada saat proses persalinan (Prasetyawati, 2012). Persalinan merupakan suatu proses alami yang berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai (Feryanto, 2011). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin dan tanpa ada penyulit (Dewi, 2012).

Hasil data profil kesehatan Indonesia 2013 menunjukkan bahwa cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan secara nasional adalah sebesar 90,88%, Tahun 2014 mengalami penurunan menjadi 88,68%, data profil Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) Tahun 2013 jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga

kesehatan sebesar 79,39% dan menurun menjadi 67,69% pada tahun 2014, namun target yang harus dicapai sesuai Renstra Dinas Kesehatan (DinKes) Provinsi NTT pada tahun 2014 adalah sebesar 90% berarti tidak mencapai target. Profil Dinas Kesehatan Kota Kupang memiliki cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2013 sebesar 91% dan menurun menjadi 82,80% pada tahun 2014. Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Sikumana jumlah ibu bersalin di rawat inap periode Januari-Desember 2015 berjumlah 343 orang. Persalinan patologi berjumlah 5 orang, persalinan yang dirujuk ke rumah sakit berjumlah 89 orang dan persalinan normal berjumlah 249 orang.

Berdasarkan data tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat ditarik perumusan masalah untuk studi kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana Menggunakan manajemen 7 langkah Varney?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Melakukan asuhan kebidanan pada multigravida dengan persalinan normal melalui pendekatan manajemen kebidanan varney.

1.3.2 Tujuan khusus

Setelah studi kasus ini diharapkan mahasiswa mampu:

1. Melakukan pengkajian dan pengumpulan data secara lengkap.
2. Menentukandiagnosa, masalah berdasarkan interpretasi data dasar
3. Untuk mengidentifikasi masalah potensial pada ibu bersalin dengan persalinan normal.
4. Mengantisipasi tindakan segera bila perlu.
5. Menyusun perencanaan berdasarkan rasionalisasi
6. Melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang telah dibuat
7. Mengevaluasi terhadap tindakan yang telah diberikan.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Bagi Klien

Agar klien mendapatkan asuhan kebidanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang merupakan hak pasien.

2. Bagi penulis

Dapat menambah pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan normal.

3. Bagi institusi

Memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan kebidanan untuk meningkatkan kesehatan.

1.5 Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN: berisi tentang: (1) Latar Belakang, (2) Rumusan Masalah, (3) Tujuan Penulisan, (4) Manfaat Penulisan, (5) Sistematika Penulisan

BAB II TINJAUAN TEORITIS: Berisi tentang: (1) Konsep Dasar **Persalinan**, (2) Konsep Dasar Manajemen Kebidanan (3) Konsep Asuhan pada ibu intrapartal normal

BAB III METODE PENELITIAN berisi tentang (1) Desain Penelitian, Dan Rancangan Penelitian (2) kerangka kerja (3) Pengumpulan Data Dan Analisa Data (4) Analisa Data (5) Etika Penelitian .

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN berisi uraian tentang (1) pengkajian, (2) analisa masalah dan diagnosa, (3) antisipasi masalah potensial (4) tindakan segera (5) perencanaan (6) pelaksanaan (7) evaluasi

BAB V PENUTUP berisi uraian tentang (1) kesimpulan, (2) saran

DAFTAR PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1.KONSEP DASAR PERSALINAN

2.1.1. Pengertian

1. Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. (Rohani, dkk, 2010)
2. Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit (Wiknjosastro dkk, 2008).
3. Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sarwono,2009).
4. Persalinan adalah (labour) rangkaian peristiwa mulai dari kencang-kencang teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain

dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Sumarah dkk, 2008).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa: Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, janin menurun ke dalam jalan lahir dan pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala. Melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri. Tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

2.1.2. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi yang lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Dengan pendekatan-pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan. (Sumarah, 2008).

Tujuan asuhan pada persalinan yang lebih spesifik adalah:

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi.
2. Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.
3. Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu
4. Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya.

(Hidayat. A, Sujiyanyi, 2010)

2.1.3. Teori Terjadinya Persalinan

Hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks (Rohani, dkk, 2010).

1. Teori penurunan hormonal

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekenjangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun. (Mochtar. R, 1998).

2. Teori Keregangan

- a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai (Rohani, dkk, 2010).

3. Teori penurunan progesteron

- a. Proses penebaran plasenta terjadi sejak umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin.
- c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Rohani, dkk, 2010).

4. Teori prostaglandin

- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
- b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- c. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. (Rohani, dkk, 2010).

5. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi segera dikeluarkan. (Sumarah, dkk, 2008).

6. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat di bangkitkan (Sumarah dkk,2008).

2.1.4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Hidayat, Sujiyatini2010), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

A. Power (Tenaga Yang Mendorong Anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

1. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan
 - a. His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks;
 - b. Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri;
 - c. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks
2. Tenaga mengejan
 - a. Kontraksi otot-otot dinding perut

- b. Kepala didasar panggul merangsang mengejan
- c. Paling efektif saat kontraksi/his

B. Passage (panggul)

1. Bagian bagian tulang panggul

Tulang Panggul terdiri dari empat buah tulang, yaitu: dua os coxae, satu os sacrum, satu os coccygis.

a. Dua os coxae

1) *Os illium*

Titik penting:

- a) Spina iliaca anterior superior: tempat perlekatan ligamentum inguinale.
- b) Spina iliaca posterior superior: setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.
- c) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke spina illiaca posterior superior.

2) *Os ischium*

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior.

- a) *Corpus* membentuk acetabulum
- b) *Ramus* superior terletak di belakang dan bawah korpus

- c) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior pubis
- d) Spina isciadika memisahkan insisura isciadika mayor dengan insisura isciadika minor
- e) Tuber isciadikum adalah bagian terbawah iscium dan merupakan tulang duduk pada manusia.

3) *Os pubis*

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

- a) Corpus mempunyai medial yang kasar. Bagian ini menjadi bagian yang satu dengan bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk symphysis pubis. Muskulus levator ani melekat pada permukaan dalam os pubis.
- b) Crista pubis adalah tepi atas corpus.
- c) Tuberculum pubis adalah ujung lateral crista pubica.
- d) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osis illii pada linea iliopectinae. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum.
- e) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior osis ischii.

b. *Os sacrum*

- 1) Berbentuk segitiga, basis di atas, apek di bawah.
- 2) Terdiri dari 5 os vertebra yang tumbuh menjadi satu
- 3) Di antara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulation sacroiliaca.
- 4) Permukaan atas vertebra sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke-5
- 5) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung
- 6) Promontorium, adalah tepi anterior superior vertebra sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol ke dalam cavum pelvis, sehingga mengurangi diameter antero posterior aditus pelvis.

c. *Os cossygis*

Pelvis mayor di sebelah atas pelvis minor, superiordari linea terminalis. Fungsi obstetrinya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

- 1) Terbentuk dari 4 buah vertebra rudimenter
- 2) Permukaan atas vertebra coccygis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra sacralis ke-5, sehingga membentuk artikulasi coccygis. Dari atas kebawah pada coccygis melekat otot m.coccygis, m.levator ani dan m.spinter ani eksternus.

3) Tulang-tulang tersebut (os coxae, os sacrum, os coccyges) bersendi pada empat buah artikulasio.

4) Artikulasio sacroiliaca: sendi terpenting menghubungkan os sacrum dengan os ilium. Simpisis pubis menghubungkan kedua os pubis. Artikulasio sacro coccygis menghubungkan os sacrum dengan os coccygis.

2. Passager (fetus)

- a) Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- b) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- c) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- d) DJJ mulai terdengar minggu 18/10
- e) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- f) Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram
- g) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passager adalah:

1. Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:

- a. Presentasi kepala (vertex, muka dan dahi)
- b. Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)
- c. Presentasi bahu (letak lintang)

2. Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya *fleksi*, *defleksi*, dll.

3. Posisi janin

Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

- a. Sisi panggul ibu: kiri, kanan dan melintang
- b. Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula
- c. Bagian panggul ibu: depan, belakang

4. Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

2.1.5. Mekanisme Persalinan

Menurut (Hidayat, Sujiyatini2010) gerakan utama pada kepala janin pada proses persalinan:

1. Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparetal (diameter lebar paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala: pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan; pada multi terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior).

Masuknya kepala ke dalam PAP → dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/SS melintang.

Bila SS di tengah-tengah jalan lahir: synklitismus

Bila SS tidak di tengah-tengah jalan lahir: asynklitismus

Asynklitismus posterior: SS mendekati simfisis

Asynklitismus : SS mendekati promontorium.

2. Descent

Penurunan kepala janin sangat bergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala lambat. Kepala turun

kedalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari fundus kearah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

3. Flexion

Pada umumnya terjadi fleksi penuh/ sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul → membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala → fleksi bertambah → ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahapan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

4. Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam): serta turunya kepala, putaran ubun-ubun kecil kearah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau kearah

posterior (jarang) disebabkan; his selaku tenaga/gaya pemutar; ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstrasi. Pemutaran bagian depan ke bawah simfisis.

- a. Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- b. Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala
- c. Tidak terjadi sebelum sampai hodge III
- d. Sebab-sebab putaran paksi dalam: pada fleksi → bagian belakang kepala merupakan bagian terendah; Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis); ukuran terbesar pada bidang tengah panggul → diameter anteroposterior.

5. Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

- a. Defleksi dari kepala
- b. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas → resultantenya kekuatan ke depan atas
- c. Pusat pemutaran: hipomoklien.
- d. Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior, lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

6. External Rotation (restitution)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang di lahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir → memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (*putaran restitusi*).
- b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sefihak → putaran paksi luar sebenarnya
- c. Putaran paksi luar di sebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP

- d. Setelah putaran paksi luar → bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang.

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar → bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklio kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak: badan (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.

2.1.6. Tanda-tanda persalinan

Menurut (Hidayat. A, dkk 2010), tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain:

1. *Lightening*

Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya menancap setelah *lightening*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam di dalam ruang abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun *lightening* tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi akibat struktur di area pelvis minor. Hal-hal

spesifik berikut akan di alami ibu: ibu jadi sering berkemih, karena kandung kemih di tekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang, perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau ia perlu defikasi. *Lightening* mengakibatkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan.

2. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan dan kemungkinan mengalami dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Sebagai contoh, pada masa hamil servix ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal servix menutup.

Perubahan servix diduga terjadi akibat peningkatan intensitas *Braxton hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan.

Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan. Setelah menentukan kematangan servix, bidan dapat meyakinkan ibu bahwa ia akan berlanjut ke proses persalinan begitu muncul kontraksi persalinan dan bahwa waktunya sudah dekat.

3. Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang member pengaruh signifikan terhadap servix. Kontraksi dari persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton *hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermitten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan energy dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat.

4. Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban percahdini (KPD).

5. Bloody show.

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show. Bloody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita sering kali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Kadang-kadang seluruh plak lendir dikeluarkan dalam bentuk masa. Plak yang keluar pada saat persalinan berlangsung dan terlihat pada vagina sering kali disangka tali pusat yang lepas. Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam.

6. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka dan bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu

mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri menggunakan dan menghematnya untuk persalinan.

2.1.7. Tahapan persalinan

Menurut (Rohani, dkk 2010), tahapan-tahapan persalinan adalah sebagai berikut:

A. Kala I (kala pembukaan)

In partu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karna serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaans serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif

1. Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung 7-8 jam.

2. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase (Sumarah, dkk, 2008):

a. Fase Akselerasi.

Dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b. Fase Diltasi maksimal.

Dimana dalam waktu 2 jam, pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

c. Fase Deselerasi.

Dimana pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian bagian terbawah janin. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

B. Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam.

Tanda dan gejala kala II (Hidayat, Sujiyantini, 2010)

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit
- b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan/atau vagina
- d. Perineum terlihat menonjol
- e. Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah

Diagnose kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap
- b. Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.

C. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Rohani, dkk,2010).

D. Kala IV (kala pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu:

1. Tingkat kesadaran
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.(Rohani, dkk, 2010).

2.1.8. Posisi-Posisi Pada Saat Meneran.

1. Posisi Miring atau Lateral.

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (Rohani, 2011).

Keuntungan :

- a. Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring ke kiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- b. Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.

- c. Mencegah terjadinya laserasi (Sulistyawati, dkk, 2010).

2. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JPNK-KR, 2007).

Keuntungan :

- a. Memperluas rongga panggul, diameter tranversa bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- b. Persalinan lebih mudah.
- c. Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- d. Mengurangi trauma pada perineum. (Rohani , dkk.)

3. Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007)

Keuntungan :

- a. Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.

- b. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- c. Membantu janin dalam melakukan rotasi.
- d. Peregangan minimal pada perineum (Sulistyawati, dkk, 2010).

4. Posisi Semi Duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohani, dkk 2011)

Keuntungan :

- a. Memudahkan melahirkan kepala bayi.
- b. Membuat ibu nyaman.
- c. Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

5. Posisi duduk

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu.

Keuntungan :

- a. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.

- b. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
- c. Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011)

6. Posisi berdiri

Menyatakan bahwa pada posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya

Keuntungan :

- a. Memanfaatkan gaya grafitasi.
- b. Memudahkan melahirkan kepala.

Memperbesar dorongan untuk meneran (Rohani, dkk 2011)

2.1.9. Persiapan Asuhan Persalinan Normal.

Menurut Wiknjosastro, dkk (2008)

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Dimanapun persalinan terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut :

- a) Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
- b) Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.

- c) Air desinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
 - d) Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
 - e) Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.
 - f) Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
 - g) Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
 - h) Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
 - i) Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
 - j) Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
2. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

- a) Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
- b) Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan.
- c) Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi.

3. Persiapan rujukan.

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

4. Memberikan asuhan sayang ibu.

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang

menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk :

- a) Memberikan dukungan emosional
- b) Membantu pengaturan posisi ibu
- c) Memberikan cairan dan nutrisi
- d) Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur
- e) Pencegahan infeksi.

5. Persiapan Alat/Bahan.

SAF I

- a) Partus : 1 set
- b) Mono aural : 1 buah
- c) Kom obat berisi : oxytocin 4 ampul (1 ampul), lidokain 1 $\frac{1}{2}$, ergometrin 1 ampul (0,2 mg)
- d) S spuit 3 Cc/5 Cc : 3 Pcs/1 Pcs
- e) Jarum Catgut Chromic : 1
- f) Kom Kapas Kering
- g) Kom Air DTT
- h) Betadine.
- i) Klorin Spray
- j) Hand Sanitizer
- k) Bengkok : 2

l) Lampu sorot :1

m) Bak berisi : Kasa DTT, Kateter DTT, Sarung tangan DTT.

n) Pita ukur

o) Salep mata.

SAF 2

a) Hecting set

b) Penghisap lender

c) Tempat plasenta

d) Tempat klorin untuk sarung tangan

e) Tempat spuit bekas

f) Tempat ampul bekas

g) Tensi meter/stetoskop/thermometer : 1/1/1

SAF 3

a) Cairan RL : 3

b) Abbocath No. 16-18

c) Infuse set

d) Celemek

e) Waslap

f) Sarung tangan steril

g) Plastik merah

h) Plastik kuning

i) Plastik hitam

- j) Handuk
- k) Duk
- l) Kain bedong
- m) Baju/topi/popok bayi
- n) Kacamata
- o) Masker.

6. Pemantauan Persalinan Menurut Asuhan Persalinan Normal (APN), (JNPK, 2008)

KALA I

1. Menanyakan riwayat kehamilan ibu secara lengkap.
2. Melakukan pemeriksaan fisik secara lengkap (dengan memberikan perhatian terhadap tekanan darah, denyut jantung janin, frekuensi dan lama kontraksi dan apakah ketuban pecah).
3. Lakukan pemeriksaan dalam secara aseptik dan sesuai kebutuhan. Dalam keadaan normal periksa dalam cukup setiap 4 jam sekali dan harus selalu secara aseptik.
4. Memantau dan mencatat denyut jantung janin sedikitnya setiap 30 menit selama proses persalinan, jika ada tanda-tanda gawat janin (DJJ kurang dari 100 kali/menit atau lebih dari 180 kali/menit) harus dilakukan setiap 15 menit, DJJ harus didengarkan selama dan segera setelah kontraksi uterus. Jika ada tanda-tanda gawat

janin bidan harus mempersiapkan rujukan kefasilitas yang memadai.

5. Catat semua temuan dan pemeriksaan fase laten persalinan pada kartu ibu dan catatan kemajuan persalinan. Ibu harus dievaluasi sedikitnya setiap 4 jam, lebih sering jika ada indikasi. Catatan harus selalu memasukkan DJJ, periksa dalam, pecahnya ketuban, perdarahan/cairan vagina, kontraksi uterus, TTV, urine, minuman, obat-obat yang diberikan, dan informasi yang berkaitan serta semua perawatan yang diberikan.
6. Mengizinkan ibu untuk memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan menganjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama proses persalinan.
7. Menganjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan menganjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak.
8. Menganjurkan ibu untuk mendapatkan asupan (makanan ringan dan minuman air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi dan menganjurkan anggota keluarga

untuk sesering mungkin menawarkan makanan ringan dan minuman selama proses persalinan.

9. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama proses persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh.

KALA II

10. Mengamati tanda dan gejala kala II yaitu ibu mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
11. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
12. Melepaskan semua perhiasan, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk yang bersih.

13. Memakai alat pelindung diri secara lengkap (topi, kacamata, masker, celemek, sarung tangan dan sepatu bot).
14. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT) dan meletakkan kembali di partus set tanpa mengontaminasi tabung suntik.
15. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi dengan air DTT. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
16. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam.
17. Mendekontaminasikan sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

18. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.
19. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
20. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada kontraksi, bantu ibu berada dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
21. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Jangan menganjurkan ibu untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. jika ibu berbaring miring, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan ke dada.
22. Meminta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran dan tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi.
23. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada

puncak-puncak kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.

24. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi dan letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
25. Membuka partus set dan memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
26. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.
27. Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat. Periksa leher bayi apakah terlilit oleh tali pusat. Jika ada lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat diantara 2 klem tersebut.

28. Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.
29. Setelah bayi melakukan putaran paksi luar, letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu depan melewati simpisis, setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dilahirkan.
30. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong dan kaki.
31. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan yang lainnya.

32. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), Letakkan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Bila bayi mengalami asfiksia segera lakukan resusitasi.
33. Segera keringkan dan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik.

KALA III

34. Memastikan bahwa tidak ada bayi lain didalam uterus.
35. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin
36. Segera (dalam satu menit setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.
37. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).
38. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.

39. Mengeringkan bayi secara seksama, memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
40. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
41. Meletakkan satu tangan diatas perut ibu (beralaskan kain) tepat diatas shimpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Memegang tali pusat dengan klem dengan tangan yang lain.
42. Menunggu uterus berkontraksi dan setelah terjadi kontraksi, regangkan tali pusat dengan satu tangan dengan lembut. Dan tangan yang lain melakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorsokranial).
43. Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir).

44. Pada saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan kedalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.
45. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.
46. Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri :
 - a. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
 - b. Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan secara rileks.
 - c. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.
47. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.

- a. Periksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang)
 - b. Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.
 - c. Periksa plasenta sisi fetal (yang menghadap kebayi) untuk memastikan tidak adanya lobus tambahan (suksenturiata).
 - d. Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.
48. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

KALA IV

49. Sangat penting untuk menilai keadaan ibu beberapa kali selama dua jam pertama setelah persalinan. Berada bersama ibu dan melakukan setiap pemeriksaan, jangan pernah meninggalkan ibu sendirian sampai paling sedikit 2 jam setelah persalinan dan kondisi ibu stabil.
50. Melakukan penilaian dan masase fundus uteri setiap 15 menit selama 1 jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan. Pada saat melakukan masase uterus, perhatikan berapa banyak darah yang keluar dari vagina.

Jika fundus tidak teraba keras, terus lakukan masase pada daerah fundus agar dapat berkontraksi. Periksa jumlah perdarahan yang keluar dari vagina. Periksa perineum ibu apakah membengkak, hematoma, dan perdarahan dari tempat perlukaan yang sudah dijahit setiap kali memeriksa perdarahan fundus dan vagina.

51. Periksa tekanan darah dan nadi ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan, dan setiap 30 menit selama satu jam kedua setelah persalinan.
52. Lakukan palpasi kandung kemih ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan dan kemudian setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan. Bila kandung kemih ibu penuh dan meregang, mintalah ibu untuk BAK, jangan memasang kateter kecuali ibu tidak bisa melakukannya sendiri. Mintalah ibu untuk BAK dalam 2 jam pertama sesudah melahirkan.
53. menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai.

55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih.
56. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% , membalikan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Dokumentasi : melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

2.2.KONSEP DASAR MENEJEMEN KEBIDANAN

2.2.1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Menurut (Rohani 2011), Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Menurut (Betty Mangkuji dkk. 2013), beberapa pengertian manajemen kebidanan adalah:

1. Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah

secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (50 tahun IBI).

2. Manajemen kebidanan adalah metode pendekatan dan pemecahan masalah ibu dan anak yg khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan askeb kepada individu, keluarga dan masyarakat. (Depkes RI).
3. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. (Hellen Varney).

2.2.2. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

1. Langkah I: Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan data dasar awal secara lengkap. Pengambilan data ini dikelompokkan menjadi dua data yaitu data subyektif dan data obyektif.

A. Data Subjektif

1) Biodata Pasien

a) Nama pasien dan suami: untuk mempermudah bidan dalam mengetahui pasien, sehingga dapat diberikan asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien, selain itu juga dapat mempererat hubungan antara bidan dan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap bidan. (Rohani, 2011).

b) Umur: untuk mengetahui apakah pasien termasuk dalam golongan usia reproduksi sehat. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklampsia, usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden preeklampsia dan abrupsi plasenta), persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin. (Rohani, 2011).

c) Alamat: untuk mempermudah hubungan, mengetahui jarak dengan sarana kesehatan, kondisi geografis dan keadaan lingkungan tempat tinggal pasien, diperlukan agar sewaktu-waktu dapat dihubungi selain itu juga dapat dilakukan kunjungan ulang setelah pasien pulang.

- d) Suku dan Bangsa: untuk mengetahui kebudayaan dan perilaku/kebiasaan pasien, apakah sesuai atau tidak dengan pola hidup sehat.
- e) Agama: untuk memotivasi pasien dengan kata-kata yang bersifat religious, terutama pada pasien dengan gangguan psikologis.
- f) Pendidikan: untuk mengetahui jenjang pendidikan pasien maupun suami sehingga bidan dapat menggunakan kata-kata yang sesuai dengan jenjang pendidikan pasien/suami.
- g) Pekerjaan: untuk mengetahui keadaan ekonomi pasien, sehingga saat diberikan asuhan dapat disesuaikan dengan kondisinya.

2) Alasan masuk dan keluhan utama

Yaitu hal-hal yang paling menonjol yang dirasakan pasien saat pengkajian. Informasi ini sangat penting untuk menetapkan awal persalinan, biasanya dimulai sejak kontraksi secara teratur dan untuk membedakan antara kontraksi persalinan palsu dan sejati. (Varney, 2007). Keluhan utama merupakan keluhan yang dirasakan oleh pasien yang menyebabkan pasien tersebut dibawa berobat. Keluhan seperti nyeri perut

(ada his), kelur lendir bercampur darah, sakit pinggang dan sering kencing. (Dewi Asrih, 2012).

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Dikaji apakah ibu menderita penyakit diabetes melitus (karena dapat menyebabkan bayi besar), jantung (dekompensasi cordis), hipertensi dan lain-lain; karena hal itu juga dapat mendeteksi adanya komplikasi pada persalinan dan kehamilan, serta berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. (Rohani, 2011).

b) Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji untuk mengetahui kronologis kesehatan ibu sekarang sebelum datang ke petugas kesehatan dan untuk mengetahui tindakan apa saja yang sudah diperoleh ibu hingga pengkajian dilakukan. Hal ini digunakan untuk mendeteksi adanya komplikasi pada persalinan dan kehamilan, serta berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. (Rohani, 2011).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji apakah ibu mempunyai keturunan kembar, cacat dari keluarga, penyakit jantung, hipertensi, DM, dan lain-lain (penyakit keturunan).

4) Riwayat Perkawinan

Perlu dikaji untuk mengetahui status/kondisi perkawinan ibu. Hal-hal yang dikaji, yaitu: kawin pertama umur, apakah ibu tinggal serumah dengan suami, berapa kali ibu menikah, lama pernikahan ibu sampai sekarang.

5) Riwayat Obstetri

a. Riwayat Haid

a) Umur menarche, siklus menstruasi, teratur atau tidak menstruasinya, lama menstruasi, banyaknya darah, dismenorhea atau tidak.

b) Hari pertama haid terakhir (HPHT) dan taksiran persalinan (TP): untuk mengetahui usia kehamilan ibu saat berkunjung, kesesuaian perbesaran perut dengan usia kehamilan, dapat mengklasifikasi kehamilan ibu sesuai dengan trimesternya, apakah persalinan cukup bulan atau prematur dan kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan. (Rohani, 2011).

b. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ditanyakan untuk mengetahui tahun berapa ibu hamil, dengan usia kehamilan berapa bulan, jenis persalinan, tempat persalinan, komplikasi ibu dan bayi, ditolong oleh siapa, berat badan bayi waktu lahir, jenis kelamin dan keadaan nifas sehingga dapat menyimpulkan kehamilan dan persalinan saat ini berisiko atau tidak. Diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para pada ibu untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan pasca partum. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk membedakan antara persalinan primigravida dan gravida kedua serta persalinan dengan paritas yang semakin tinggi. (Varney, 2007).

c. Riwayat kehamilan sekarang

Hal-hal yang dikaji: pemeriksaan hamil berapa kali, dimana, mendapat terapi apa, penyulit apa, imunisasi TT sudah atau belum (berapa kali), adakah kebiasaan waktu hamil sekarang ini (minum jamu, merokok atau minum obat-obatan terlarang). Hal ini diperlukan untuk mengidentifikasi masalah potensial

yang dapat terjadi pada persalinan kali ini. (Rohani, 2011).

d. Rencana tempat persalinan

e. Riwayat KB

Untuk mengetahui kondisi sebelumnya, apakah ibu pernah/sedang menggunakan kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang pernah digunakan ibu. Hal ini berhubungan dengan penerimaan ibu terhadap kehamilan dan persalinan saat ini. (Rohani, 2011).

f. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Pola nutrisi

Dikaji untuk mengetahui selama proses persalinan kapan ibu makan dan minum terakhir, jenis makanan yang ibu makan dan minum serta porsi. Informasi ini diperlukan oleh ahli anestesi jika pembedahan dibutuhkan. Selain itu juga bermanfaat untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan. (Varney, 2007).

b) Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu kurang atau cukup istirahat sebelum dan selama masa persalinan ini, pola tidur malam sebelumnya.

c) Pola eliminasi

Perlu dikaji untuk mengetahui sebelum proses persalinan kapan ibu BAB dan BAK terakhir.

d) Pola aktifitas

Dikaji untuk mengetahui aktifitas ibu sehari-hari dan aktifitas terakhir sebelum proses persalinan.

e) Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui apakah ada masalah dalam berhubungan seksual, bagaimana riwayat sebelum proses persalinan.

f) Pola personal hygiene

Perlu dikaji untuk mengetahui sebelum proses persalinan ibu bagaimana kesehatan ibu.

g) Pola psikososiospiritual

- Tanggapan ibu terhadap persalinannya: perlu dikaji untuk mengetahui bagaimana perasaan ibu tentang kehamilannya saat ini.
- Tanggapan keluarga terhadap proses persalinan ibu: dikaji untuk mengetahui seberapa jauh kesiapan ibu menghadapi persalinannya.
- Tingkat pengetahuan ibu terhadap kondisinya: untuk mengetahui pengetahuan dan kesiapan

ibu serta perasaan ibu terhadap kondisi yang dialami saat ini, yaitu akan mengalami persalinan normal.

- Pengambilan keputusan: perlu dikaji untuk mengetahui siapakah pengambilan keputusan dalam keluarga ibu
- Ketaatan ibadah: perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu taat dalam menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang ibu anut.
- Lingkungan yang berpengaruh: Dikaji untuk mengetahui ibu tinggal dengan siapa saat ini dan apakah selama ini ibu mempunyai hewan peliharaan
- Tingkat ekonomi: perlu dikaji untuk mengetahui keadaan status ekonomi ibu, apakah ibu termasuk golongan menengah ke atas atau ke bawah.

B. Data Objektif

Adapun hal-hal yang harus diperiksa oleh bidan adalah sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan umum, meliputi: kesadaran ibu, berat badan sebelum hamil, berat badan sekarang, untuk mengetahui apakah ibu mengalami obesitas atau

kekurangan gizi, tinggi badan dan lingkar lengan atas (LILA) untuk mengetahui apakah ibu kekurangan gizi, normal atau obesitas.

2) Tanda-tanda Vital (TTV): untuk mengetahui kondisi ibu apakah sedang sakit atau baik-baik saja. Pemeriksaan TTV meliputi:

a. Tekanan darah: diukur tiap 4 jam, kecuali jika keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan.

b. Nadi: nadi normal menunjukkan pasien dalam kondisi yang baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan ibu dalam kondisi infeksi, ketosis dan perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda adanya ruptur uteri, nadi diukur setiap 30 menit.

c. Pernapasan

d. Suhu: suhu tubuh pasien harus berada dalam rentang yang normal, pireksia menunjukkan adanya infeksi atau ketosis, suhu diukur setiap 2 jam.

(Rohani, 2011).

3) Pemeriksaan Fisik: untuk mengetahui adanya keabnormalan secara fisik pada bagian tubuh ibu, dilakukan secara sistematis dari kepala hingga ujung kaki (*head to toe*).

Pemeriksaan fisik meliputi:

a. Kepala dan wajah

Inspeksi:

- Rambut, lihat kebersihan kulit kepala dan rambut
- Telinga, lihat kesimetrisan, kelengkapan dan kebersihan telinga
- Mata, lihat kesimetrisan, kelengkapan, konjungtiva pucat/tidak. Hal ini untuk mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien, yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya, sehingga bidan harus waspada dan sigap dalam bertindak jika terjadi komplikasi. (Rohani, 2011).
- Bibir, nilai keadaan bibir (stomatitis), kering/tidak
- Mulut, nilai kebersihan mulut, pucat/tidak
- Lidah, nilai kebersihan lidah
- Gigi, nilai kebersihan gigi, ada/tidak karies dentis
- Muka, nilai ada/tidaknya edema.

Palpasi : muka, nilai muka ada edema/tidak

b. Leher

Palpasi: ada atau tidaknya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid serta pembendungan vena jugularis

c. Dada

Inspeksi:

- Mamae, nilai kesimetrisannya, hiperpigmentasi pada papilla dan areolla, nilai papilla menonjol/tidak
- Areolla, nilai hiperpigmentasinya
- Palpasi:
- Benjolan, ada/tidaknya benjolan pada mamae
- Apakah ada rasa nyeri saat dipalpasi
- Nilai pengeluaran colostrums, dengan memencet areola

d. Abdomen

Inspeksi:

- Ada/tidaknya bekas jahitan/operasi
- Nilai kesesuaian antara pembesaran perut dengan usia kehamilan
- Lihat ada/tidaknya striae dan linea
- Palpasi:
- Leopold I: untuk mengetahui bagian apa yang ada pada fundus dan menilai tinggi fundus uteri
- Leopold II: untuk mengetahui bagian janin terhadap dinding perut ibu

- Leopold III: untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin (kepala/bokong) masih bisa digerakan/tidak
- Leopold I V: untuk mengetahui sejauh mana kepala janin telah turun/masuk ke panggul.
- Tinggi Fundus Uteri (TFU): berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat janin dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK), atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan bahwa ibu salah menentukan HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan kembar atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan akan kemungkinan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu. (Rohani, 2011).

- e. Taksiran Berat Badan Janin (TBBJ): untuk mengetahui perkiraan berat bada janin
- f. Auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ): untuk memantau kesejahteraan janin dan punctum

Maximum dan untuk mengetahui posisi terjelas terdengarnya DJJ. (Rohani, 2011).

g. Ekstremitas

Ekstremitas Atas:

- Inspeksi, lihat apakah ada tanda-tanda edema, varises dan sebagainya.
- Palpasi, raba apakah ada edema, varises dan sebagainya.

Ekstremitas Bawah:

- Inspeksi, lihat apakah ada tanda-tanda edema, varises dan sebagainya.
- Palpasi, raba apakah ada edema, varises dan sebagainya.

h. Perkusi: untuk menilai refleks patella kiri dan kanan

i. Pemeriksaan dalam: untuk memantau kemajuan persalinan, vulva, vagina, portio, pembukaan, kantung ketuban, bagian terendah, posisi, molase, turun hodge.

2. Langkah II: Melakukan Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut dapat diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa

dan masalah yang spesifik. Baik rumusan masalah maupun masalah keduanya harus ditangani. (Soepardan, 2007).

Diagnosa kebidanan pada persalinan normal G...P...A...AH...UK... minggu, janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin, letak kepala/bokong/bahu keadaan jalan lahir, keadaan ibu dan janin baik atau tidak, inpartu kala I fase laten/aktif/kala II.

Pada langkah interpretasi data dilakukan analisa mengenai data yang telah diperoleh pada pengkajian langkah I, diinterpretasikan secara akurat dan logis menjadi suatu diagnosa kebidanan dan masalah. Interpretasi data ini meliputi:

1. Diagnosa kebidanan

Gravida, para, abortus, umur klien, umur kehamilan, jumlah janin tunggal atau ganda, keadaan janin hidup atau mati, intra uteri atau ekstra uteri, letak janin membujur atau melintang, punggung kiri atau kanan, presentasi kepala atau bokong, bagian terbawah sudah masuk pintu atas panggul atau belum, inpartu kala I.

Dasar:

- a) Pernyataan ibu tentang hamil ke berapa, pernah melahirkan berapa kali, apakah pernah mengalami keguguran atau tidak

- b) HPHT
- c) TTV
- d) Pemeriksaan Leopold I-IV
- e) Auskultasi
- f) Pemeriksaan dalam
- g) Pemeriksaan penunjang

2. Diagnosa kebidanan

Gravida, para, abortus, umur klien, umur kehamilan, jumlah janin tunggal atau ganda, keadaan janin hidup atau mati, intra uteri atau ekstra uteri, letak janin membujur atau melintang, punggung kiri atau kanan, presentasi kepala atau bokong, bagian terbawah sudah masuk pintu atas panggul atau belum, inpartu kala I.

Dasar:

Tanda gejala kala II, Pembukaan lengkap.

3. Diagnosa kebidanan

Para, abortus, inpartu kala III

Dasar:

Bayi telah lahir, nampak tali pusat di vulva

4. Diagnosa kebidanan

Inpartu kala IV

Dasar: plasenta telah lahir, tinggi fundus uteri setinggi pusat

5. Masalah

Hal-hal yang berkaitan dengan kondisi yang tidak dapat dituangkan dalam diagnosa, tetapi memerlukan pemecahan pada asuhan kebidanan ibu bersalin dengan persalinan normal, dari keluhan-keluhan atau gangguan yang dirasakan pasien dalam persalinannya, misalnya pasien merasa cemas dan takut.

Dasar:

Berdasarkan tanggapan ibu terhadap proses persalinannya.

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Masalah potensial adalah masalah yang mungkin timbul dan bila tidak segera ditangani dapat mengganggu keselamatan hidup klien. Langkah ini dilakukan untuk mengantisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi pada ibu sehingga petugas kesehatan dapat berkolaborasi dengan dokter serta tim kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien. (Wildan, 2008).

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini

membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. (Asrih, 2012).

Diagnosa atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang telah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

Mencerminkan kelanjutan proses manajemen sejak masa kehamilan dengan melakukan pemeriksaan secara berkala sampai pada proses persalinan. Dalam hal ini termasuk ketika dibutuhkan tindakan-tindakan darurat dimana bidan harus bertindak segera demi keselamatan hidup ibu dan bayinya.

4. Langkah IV: Antisipasi Tindakan Segera

Tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada diagnosa potensial. Pada langkah ini mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tenaga kesehatan lain atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien untuk mengantisipasi sehingga masalah potensial tidak terjadi. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi

memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. (Ambarwati, 2010).

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi di mana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. (Asrih, 2012).

Antisipasi tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada diagnosa potensial. Langkah ini digunakan untuk mengidentifikasi dan menetapkan penanganan segera untuk mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan yang terjadi. (Wildan dan Hidayat, 2008).

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita

tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu).

5. Langkah V: Menyusun rencana Asuhan Secara Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap apa yang telah terjadi (Wildan, 2008).

Menurut Wildan dan (Hidayat 2008), langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Perencanaan yang harus dipikirkan pada kasus persalinan normal adalah pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah Asuhan Persalinan Normal.

Menurut (Asrih 2012), pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan maupun wanita itu agar efektif, karena pada akhirnya wanita itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Oleh karena itu tugas dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan wanita itu begitu juga termasuk penegasan akan persetujuannya.

Perencanaan supaya terarah, dibuat pola pikir dengan langkah sebagai berikut: tentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan yang berisi tentang sasaran/target dan hasil yang akan dicapai, selanjutnya ditentuka rencana tindakan sesuai dengan masalah/diagnosa dan tujuan yang akan dicapai. (Asrih, 2012).

Perencanaan yang harus dipikirkan pada kasus persalinan normal adalah:

- a. Libatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikologis
- b. Observasi keadaan umum, vital sign, DJJ, his, nadi dengan partograf

- c. Segera siapkan ruangan bersalin, kebutuhan fisik dan psikologis ibu
- d. Ajarkan ibu cara mengejan yang efektif
- e. Ajarkan cara mengatasi nyeri
- f. Pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi

6. Langkah VI: Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaannya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya (misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana dan sesuai dengan kebutuhan klien). (Asrih, 2012).

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosa yang ditegakan, pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya (Wildan, 2012).

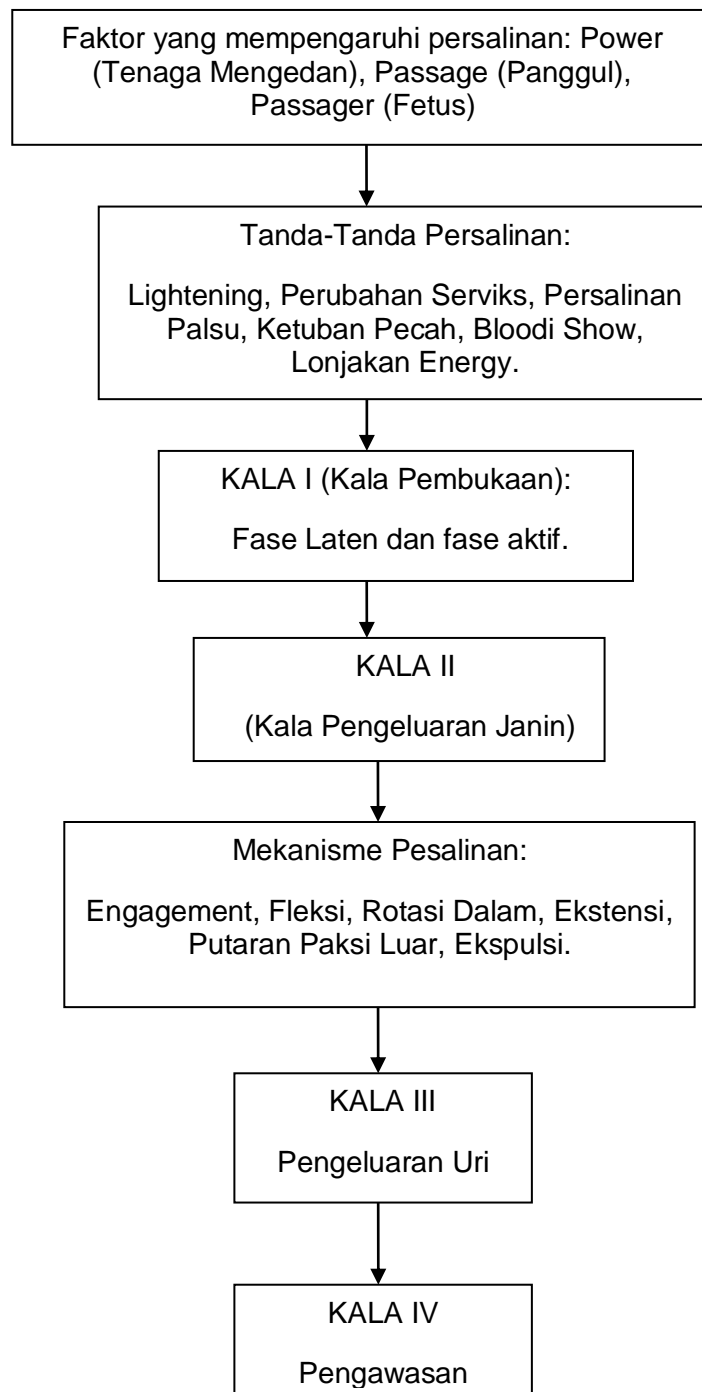
7. Langkah VII: Evaluasi

Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan. Evaluasi apabila observasi dilakukan dengan baik dan ditatalaksanakan dengan baik minimal 2x24 jam pasien bisa pulang, apabila ada komplikasi pasien dirawat selama 3 hari. (Tresnawati, 2012).

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui pengkajian ulang (memeriksa kondisi klien). (Asrih, 2012).

Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan. (Depkes, 2005).

2.3.PATHWAY



Gambar 2.1 Pathway

3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroasmoro, 2011).

3.1.2 Rancangan Penelitian

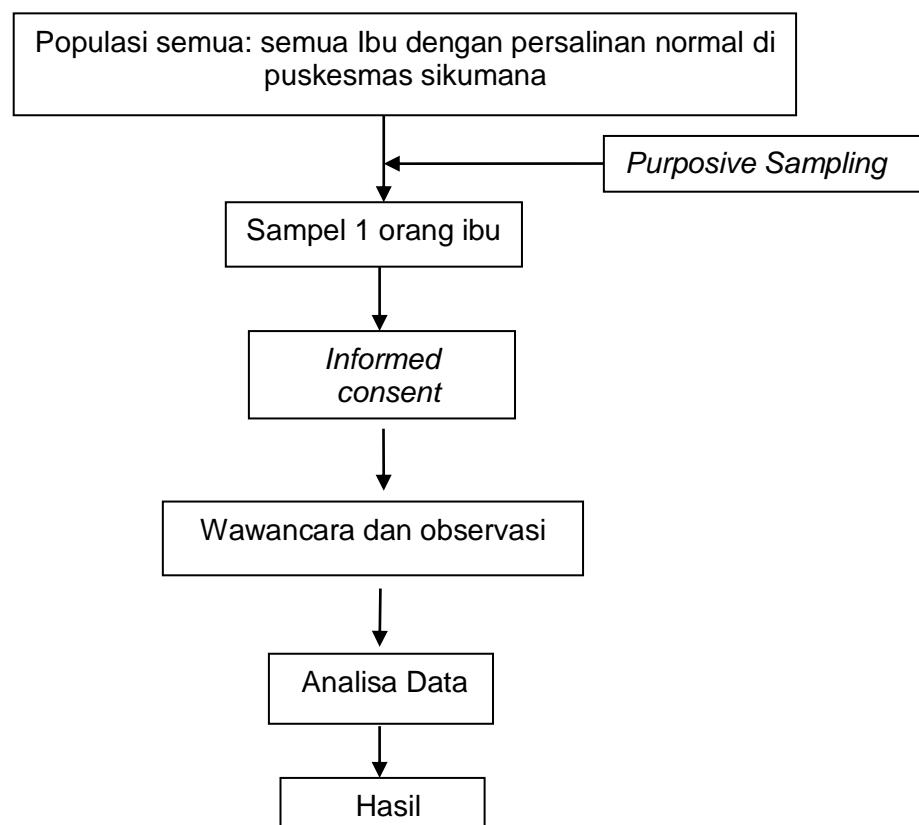
Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul

sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmodjo, 2002).

3.2 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka kerja penelitian kasus pada ibu dengan persalinan normal.

3.3 Populasi, Sampel Dan Sampling

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu dengan persalinan normal yang sedang dirawat diruangan bersalin Puskesmas Sikumana.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Sampel yang digunakan menggunakan criteria sampel Inklusi (criteria yang layak diteliti). Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan criteria inklusi (Setiadi, 2013). Kriteria Inklusinya adalah bersedia menjadi responden, ibu bersalin. Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu dengan persalinan normal sedang dirawat di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

3.3.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2010). Teknik sampling yang digunakan

adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

3.4 PENGUMPULAN DATA

3.4.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian. (Nursalam, 2011). Pengumpulan data menggunakan format pengkajian, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan studi kepustakaan.

3.4.2 Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua Prodi Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Ruangan Puskesmas Sikumana. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.3 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan observasi. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). (Notoatmodjo, 2010). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

Lembar pengkajian terdiri dari data subyektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subyektif maka dilakukan anamnese atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedang untuk data obyektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3.4.4 Tempat Dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Bersalin Puskesmas Alak Kota Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 28 Juni 2016.

3.5 ETIKA PENELITIAN

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain:

3.5.1 *Informed consent* (Persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara penelitian dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lain-lain.

3.5.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian

dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.5.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika kebidanan dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. (Hidayat, 2010).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Studi Kasus

Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana adalah salah satu bagian dari Puskesmas Sikumana yang merupakan Puskesmas PONED (*Penanganan Obstetri Dan Neonatal Emergenci Dasar*) yang memiliki fasilitas atau kemampuan untuk penanganan kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal Dasar yang siap 24 jam, sebagai rujukan antara kasus-kasus rujukan dari Polindes dan Puskesmas. Tugas Puskesmas PONED adalah menerima rujukan dari fasilitas rujukan dibawahnya, puskesmas pembantu dan pondok bersalin desa, melakukan pelayanan kegawatdaruratan Obstetri sebatas wewenang melakukan rujukan secara aman ke RS dengan penanganan pra Hospital. Puskesmas Sikumana terletak di kelurahan Sikumana, kecamatan Maulafa, kota Kupang Propinsi NTT. Puskesmas Sikumana memiliki batasan wilayah kerja sebagai berikut :

1. Sebelah timur berbatasan dengan kecamatan Kupang Tengah
2. Sebelah barat berbatas dengan kecamatan alak
3. Sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Oebobo
4. Sebelah selatan berbatasan dengan kecamatan kupang barat.

Klinik bersalin Puskesmas Sikumana memberikan pelayanan obstetri dan neonatal. Klinik bersalin Puskesmas Sikumana terdiri dari 16 ruangan, dua ruangan bersalin yang terdiri dari 4 bad, 3 troli berisi alat partus set, heating set, alat resusitasi, 4 buah meja resusitasi, dua lampu sorot, 4 tempat sampah medis, 4 sampah non medis, 4 sepatu bot, 1 ruangan tempat cuci alat dan stom alat, ruangan bersalin 2 terdapat alat USG, 2 ruangan nifas yang berisi 4 tempat tidur, 4 tiang infus, 4 lemari penyimpanan barang, 2 kipas angin, 2 kamar mandi, 1 ruangan dan 1 lemari penyimpanan obat dan 1 kulkas. 1 ruangan penyimpanan alat, 1 ruangan tidur bidan, 1 buah meja, 6 buah kursi, 1 ruangan kepala, 1 ruangan dapur, 2 kamar mandi bidan, 1 ruangan tempat penyimpanan linen, 1 ruangan tempat penyimpanan pakaian kotor dan 1 ruangan berisi data-data atau dokumen pasien.

Di klinik bersalin Puskesmas Sikumana pelayanan yang dilaksanakan oleh 12 bidan dan 4 dokter. Sistem kerja petugas kesehatan adalah menggunakan pembagian 3 sif jaga, yakni pagi jam (07.00-14.00 wita), siang (14.00-20.00 wita) dan malam (20.00-08.00 wita).

4.1.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Puskesmas Sikumana pada tanggal 28-06-2016 pukul 18.40 wita.

4.1.3 Hasil Penelitian Studi Kasus

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

Hasil Pengkajian data subyektif yang dilakukan pada tanggal 28-06-2016 pukul 18.50 wita pada Ny. A.S, umur 27 tahun, Agama Kristen Protestan, Suku Timor Bangsa Indonesia, Pendidikan SMA, Pekerjaan Ibu rumah tangga, Nama Suami Tn. A.M umur 28 tahun, Suku Timor Bangsa Indonesia, Pendidikan: SMP, Pekerjaan Sopir, Penghasilan suami: \pm Rp.500.000, Alamat Rumah: Jln.Oebonik 1 RT 02/ RW 01.

Pada pukul 18.40 wita, ibu datang di klinik bersalin Puskesmas Sikumana, ibu mengatakan merasakan sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak tanggal 28-06-2016 pukul 15.00 wita, sakit hilang muncul, keluar lendir dan darah dari jalan lahir sejak pukul 16.20 wita. Riwayat Menstruasi; Umur saat menarche 14 tahun, siklusnya setiap 28 hari, Lamanya 4 hari, sifat darah encer. HPHT ibu tanggal 26-09-2015.

Riwayat kehamilan, dan persalinan ibu A.S yang lalu: anak pertama, lahir pada tanggal 05-09-2008, persalinan normal, usia kehamilan aterm, penolong bidan, tempat bersalin di puskesmas, lahir hidup, keadaan sehat. Anak kedua, lahir pada tanggal 23-07-2009, persalinan normal, usia kehamilan aterm, penolong bidan, tempat bersalin di puskesmas, lahir hidup, keadaan sehat. Riwayat

kehamilan sekarang; pergerakan janin di rasakan dalam 24 jam terakhir, ANC 6 kali di puskesmas sikumana, G₃ P₂ A₀ AH₂, HPHT: 26-09-2015, TP: 03-07-2016, UK: 39 minggu 3 hari; ibu mengatakan selama hamil sering mual-muntah; obat yang di konsumsi ibu selama hamil: Antasida 500 mg, B6 50 mg, SF 200 mg, Kalk 500 mg, vitamin.c 50 mg; tanda bahaya tidak ada.

Riwayat kesehatan yang lalu; ibu mengatakan bahwa tidak pernah mengalami penyakit seperti Jantung, HIV/AIDS, Hepatitis, malaria, Hipertensi, Diabetes, Ginjal, Asma, penyakit kelamin. Riwayat Kesehatan keluarga dan penyakit keturunan; ibu mengatakan tidak ada keturunan yang menderita penyakit seperti Jantung, PHS/HIV/AIDS, Hipertensi, Hepatitis, Diabetes, Ginjal, Asma. Riwayat KB; ibu A.S mengatakan pernah menggunakan KB Implant, selama 6 tahun, tidak ada efek samping, alasan ibu berhenti KB karena ibu ingin mempunyai anak lagi.

Riwayat latar belakang budaya; Kebiasaan melahirkan ditolong oleh: Bidan, tidak ada pantangan makanan, tidak ada kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan / persalinan / nifas. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini adalah ibu dan keluarga merasa senang dan mendukung kehamilan ibu. Status Perkawinan syah, umur pada saat menikah: 19 tahun, Lamanya menikah: 8 Tahun.

Kebiasaan pola makan ibu sehari-hari yaitu dengan jenis makanan Nasi, ikan, tahu, tempe, daging, telur, Sayur, dengan Frekuensi makan 3x sehari, Minum air 7-8 gelas/hari. Riwayat Pola Istirahat; ibu mengatakan tidur siang \pm 2 jam/hari, dan tidur malam \pm 7-8 jam/hari, Keluhan tidak ada. Pola eliminasi; ibu mengatakan BAB 1-2x/hari, warna kuning, bau khas feses, tidak ada keluhan saat BAB; BAK 5-6 x/hari, warna kuning, khas urine, tidak ada keluhan saat BAK.

Riwayat kebersihan, ibu mengatakan Mandi 2 x/hari, Ganti pakaian luar dan dalam 2 x/hari, keramas 2-3 x/minggu, Perawatan Payudara saat mandi pagi dan sore. Riwayat Seksual dari Trimester I sampai Trimester II tidak ditanyakan. Perilaku Kesehatan, ibu mengatakan tidak pernah merokok, minum-minuman keras, mengkonsumsi obat terlarang, dan minum kopi.

b. Data Obyektif

Pada hasil Pemeriksaan Umum: Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, Bentuk tubuh Lordosis, Ekspresi Wajah meringis saat ada kontraksi, Tanda Vital: TD 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36 °C, RR 19x/menit, TB tidak di ukur, penimbangan terakhir kali 73 kg; LILA 27 cm. Pada pemeriksaan fisik, Inspeksi: Wajah; tidak oedema, mata; konjungtiva merah muda, sklera putih, mulut; Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada Karies gigi. Leher; tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe,

tidak ada pembendungan vena jugularis. Dada; simetris, Payudara bersih, Areola mammae ada hiperpigmentasi, Puting susu menonjol. Perut; striae albican, Linea nigra tampak ada, tidak ada bekas operasi dan membesar sesuai umur kehamilan. Genitalia Vulva dan vagina tidak oedema, bentuk normal, keluar lendir dan darah, anus tidak ada haemoroid. Ekstremitas; tidak ada oedema dan tidak ada varises.

Pada pemeriksaan palpasi: Leher; tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe. Payudara; tidak ada massa, Colostrum sudah keluar. Abdomen; Leopold I: TFU 3 jari di bawah processus xyphoideus bagian fundus teraba lunak, agak bulat dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (PU-KI) dan bagian kanan teraba bagian - bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: pada bagian bawah perut ibu teraba keras, bulat dan tidak dapat digoyangkan (kepala) sudah masuk PAP, Leopold IV: Divergen, penurunan kepala 3/5. TFU menurut Mc.Donald 30 cm, TBBJ : 2945 gram. Kontraksi 3x dalam 10 menit durasi 30-35 detik. Auskultasi DJJ 135x/menit terdengar jelas di punctum proximum kiri bawah pusat. Perkusi refleks patella tidak dilakukan. Pemeriksaan dalam: Tanggal 28-06-2016 pukul 19.00 WITA, Vulva/Vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 6 cm, kantong ketuban utuh (+), bagian terendah

kepala, posisi UUK kanan depan, molase tidak ada, turun hodge II-III.

2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Dari hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif di atas dilakukan analisa dan didapatkan diagnosa dan masalah kebidanan G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin. Data dasar yang mendukung ialah terdiri dari data Subjektif dan Objektif. Data subjektif: ibu mengatakan hamil anak ketiga, pernah melahirkan dua kali, tidak pernah keguguran, anak hidup dua orang, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir dirasakan sering. Mengatakan merasakan sakit pada pinggang menjalar keperutnya bagian bawah sejak jam 15.00 wita, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 16.20 wita dan belum keluar air-air dari jalan lahir. Haid terakhir 26-09-2015. Data objektif: TP:03-07-2016, UK 39 minggu + 3 hari, KU:baik, kesadaran: Composmentis. TTV: TD:110/80mmHg, RR:19x/mnt, N: 80x/mnt, S: 36°C. Inspeksi: wajah: tidak pucat, tidak ada oedema, Mata: kelopak mata : tidak ada oedema, Konjungtiva merah muda, sclera putih. Palpasi leopold didapatkan Leopold I: TFU 3 jari bawah px, pada fundus teraba bulat lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kiri perut ibu teraba keras, dan memanjang seperti papan (punggung pu-ki), dan pada bagian kanan perut ibu teraba

bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas), Leopold III: pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan (kepala) dan tidak dapat digoyangkan, Leopold IV: bagian terendah janin sudah masuk PAP (Divergen), penurunan kepala 3/5, Mc.Donald: 30 cm, TBBA: 2.945 gram. His:3 kali dalam 10 menit lamanya 30-35 detik, Auskultasi DJJ: frekuensi: 135x/menit terdengar jelas, keras dan teratur, pada bagian kiri bawah pusat perut ibu. Pemeriksaan dalam: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis lunak, pembukaan 6 cm, kantung ketuban (+), tidak ada moulase, turun hodge II-III.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi.

Berdasarkan data yang dikumpulkan pada tahap pengajian, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada masalah potensial yang dapat terjadi.

4. Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa tindakan segera dilakukan bila dalam pengkajian, ditemukan adanya masalah potensial atau diagnosa potensial yang dapat terjadi pada ibu dan janin yang dikandung. Sehingga dari hasil pengkajian tidak adanya tindakan segera yang diberikan.

5. Perencanaan

Berdasarkan diagnosa G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik, yang ditetapkan dapat dirumuskan perencanaan sesuai kebutuhan dan kondisi ibu, yaitu

1. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk menjaga privasi pasien.
2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan untuk mencegah infeksi.
3. Informasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan merupakan hak ibu sebagai pasien.
4. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi untuk memberi energi yang cukup selama persalinan dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi.
5. Anjurkan ibu untuk BAK karena kandung kemih yang penuh menghambat penurunan kepala dan menekan abdomen bawah ibu sehingga menimbulkan nyeri pada abdomen bawah.

6. Ajarkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi dengan menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan untuk mengurangi rasa sakit.
7. Ajarkan keluarga untuk masase pada daerah lumbalis (pinggang) ibu pada saat his untuk mengurangi rasa nyeri.
8. Libatkan keluarga dan suami untuk mendampingi ibu saat proses persalinan.
9. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan sekitar ruangan agar mempercepat penurunan kepala janin.
10. Observasi persalinan melalui partograf sebagai indikator untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan dan keadaan patologi yang timbul pada ibu dan janin.
11. Lakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN.
12. Dokumentasi hasil pemeriksaan pada buku register sebagai bahan tanggung jawaban.

6. Pelaksanaan

Berdasarkan perencanaan diatas maka dilakukan pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kondisi ibu. Asuhan yang diberikan pada G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik.

1. menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan menutup sampiran dan pintu untuk menjaga privasi pasien.

2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan kebidanan agar mencegah infeksi.
3. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu dan janin baik, TTV dalam batas normal yakni TD: 110/80 mmHg, S: 36°C, Pernapasan: 19 x /menit, Nadi: 70 x /menit, Auskultasi: DJJ (+) 138 x/menit, VT: Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 6 cm, kantong ketuban belum pecah, bagian terendah kepala.
4. Menganjurkan ibu untuk makan-minum saat tidak ada his, ibu sudah minum \pm 3-4 gelas, dan mengkonsumsi makanan seperti biasa yakni nasi 1 piring sedang dengan telur 1 butir, tempe 1 potong dan sayur sawi 1 mangkuk kecil.
5. Menganjurkan ibu BAK setiap kali ingin berkemih sehingga tidak memperhambat penurunan kepala.
6. Mengajari ibu teknik relaksasi yaitu dengan menarik nafas melalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut secara perlahan agar mengurangi rasa sakit.
7. Mengajari keluarga untuk masase pada daerah lumbalis (pinggang) ibu pada saat his untuk mengurangi nyeri.
8. Melibatkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu dalam proses persalinan, agar dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan antara lain dapat menurunkan angka morbiditas,

mengurangi rasa sakit, persalinan lebih singkat menurunnya persalinan dengan tindakan.

9. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan sekitar ruangan puskesmas agar dapat mempercepat penurunan kepala.

10. Mengobservasi kembali keadaan ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu dan janin baik, TTV dalam batas normal yakni TD 110/80 mmHg, S : 36°C, Pernapasan : 19 x / menit, Nadi : 83 x / menit, Auskultasi : DJJ (+) 140 x/ menit, His 3 x dalam 10 menit durasi 30-35 detik, pembukaan 6 cm, kantong ketuban utuh (+), bagian terendah kepala, posisi UUK kanan depan, molase tidak ada turun hodge II. Pada pukul 19.30 wita, mengobservasi DJJ 142 kali/ menit, His 3 kali dalam 10 menit lamanya 30-35 detik, Nadi 83 kali / menit. Pada pukul 20.00 wita, mengobservasi DJJ 144 kali / menit, His 4-5 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, Nadi 84 kali / menit. Pada tanggal 28-06-2016 pukul 22.00 wita ibu mengatakan sakit semakin sering dan ada keinginan untuk meneran dan BAB serta merasa ada pengeluaran air- air yang banyak dari jalan lahir, maka bidan memastikan dan melihat tanda dan gejala kala II yakni dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perinium menonjol dan vulva membuka, dilakukan pemeriksaan dalam atas indikasi ketuban pecah spontan pukul 22.00 wita, warna ketuban jernih dengan tujuan melakukan pemeriksaan dalam yakni untuk menilai

kemajuan persalinan atau memastikan pembukaan lengkap, maka didapatkan hasil VT: Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (-), bagian terendah kepala, posisi UUK kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge IV .

11. melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN.

Melakukan pertolongan persalinan sesuai 58 langkah APN;

1. Amati dan lihat tanda dan gejala kala II yaitu dorongan meneran, tekanan pada anus, perinium menonjol, vulva membuka.
2. Siapkan alat dan bahan sesuai SAFF; termasuk mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

SAFF I yakni pertus set ($\frac{1}{2}$ koher 1 buah, sarung tangan steril 2 pasang, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, pengikat tali pusat, klem 2 buah, kassa secukupnya), kapas sublimat, air DTT, chlorin spray, spuit 1 cc dan 3 cc, dan funduscope. SAFF II yakni Heacting set (sarung tangan steril, gunting benang, jarum otot dan gunting kulit, pinset surgis, pinset anatomis, kassa secukupnya), clorin sarung tangan, tempat plasenta, tensi meter, stetoskop.

SAFF III yakni APD (celemek, kacamata, masker, topi, sepatu boot), infus set, cairan infus, pakaian ibu dan bayi. Kelengkapan

resusitasi yaitu meja yang keras dan datar yang dilapisi kain, lampu 60 watt, pengganjal bahu, penghisap lendir delee, kain kasa steril, sungkup, tabung O2 dan kelengkapan troli partus; Tempat pakaian kotor, ember berisi air DTT ibu, air DTT bayi, clorin alat, air bersih, tempat sampah medis, tempat sampah non medis dan safety box.

3. Penolong menggunakan celemek
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Hasil VT : vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak

teraba, pembukaan 10cm, kantung ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK kanan depan, tidak ada molase, TH IV.

9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir, DJJ 140 x/menit.
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Ibu tidak ingin jalan ibu hanya ingin tidur saja. Kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter

5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

17. Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat dan dangkal saat kepala lahir.

20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.

21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya.

Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung, bokong, tungkai dan ke arah kaki . pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Melakukan penilaian sepintas : bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi lahir lambat menagis, dilakukan langkah awal selama 30 detik, bayi menangis kuat bernapas tanpa kesulitan, dan bayi bergerak aktif.
26. Segera mengeringkan bayi, dimulai dari muka, kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan biarkan bayi diatas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

28. Beritahu ibu untuk melakukan penyuntikan oksitosin
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (Intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut dan mengikat tali pusat
32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi simpisis, untuk mendeteksi, tangan yang lain menegangkan tali pusat

36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu)
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif
42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
44. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamin k1, 1 mg IM di paha kiri anterolateral.
45. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

50. Memeriksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi).
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu makan dan minum yang diinginkannya.
55. Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

Mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan.

7. Evaluasi

Tanggal 28-0-2016 pukul 22.10 wita, Partus spontan, letak belakang kepala, tidak ada lilitan tali pusat, bayi lahir langsung menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, jenis kelamin perempuan, kontraksi uterus baik. Tanggal 28-06-2016 pukul 22.15 wita Plasenta lahir spontan, selaput korion dan kotiledon lengkap, perdarahan \pm 150 cc sebab pelepasan plasenta, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, insersi tali pusat lateralis, tidak ada robekan.

Tanggal 28-06-2016 pukul 20.17 wita, evaluasi kala IV pasca persalinan yakni keadaan umum ibu: baik, kesadaran: composmentis, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, membiarkan bayi diatas perut ibu untuk melakukan kontak kulit selama satu jam dan Pemberian IMD. Pukul 23.17 wita, melakukan pemeriksaan fisik pada bayi, yaitu pemeriksaan antropometri Bayi , BB: 3000 gram, PB: 48 cm, LK: 31 cm, LD: 30 cm, LP : 30 cm, pemberian imunisasi Neo-K pada Bayi Baru Lahir (1 mg/0,5 ml secara intramuscular di 1/3 anterolateral paha kiri) dan salep mata, pukul 23.30 wita pemberian HB0 pada bayi baru lahir (0,5 mg secara intramuscular di 1/3 anterolateral pada paha kanan), hasil lanjutan terlampir dalam partograf.

Catatan Perkembangan 2 Jam Post Partum

Tanggal 28-06-2016 pukul 22.30 melakukan pemantauan kala IV selama 2 jam pertama post partum pada ibu dan juga bayi yakni tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit jam kedua untuk mendeteksi adanya komplikasi baik pada ibu dan bayi baru lahir.

Adapun hasil pemantauan 2 jam post partum adalah pukul 22.30 wita pada ibu TD :110/70 mmHg, S : 36,3 °C, N : 72 x/menit, RR : 20 x/menit, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, lochea rubra, colostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran dan pada bayi S : 36,8 °C, RR : 42 x/menit, HR : 126 x/menit, BAB/BAK : -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tonus otot baik, tali pusat tidak berdarah. Pukul 22.45 wita pada ibu TD: 110/70 mmHg, S : 36,3 °C, N : 72 x/menit, RR : 20 x/menit, TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, loche rubra, kolostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran dan pada bayi S : 36,8 °C, RR : 44 x/menit, HR : 130 x/menit, BAB/BAK : -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tonus otot baik, tali pusat tidak berdarah. Pukul 23.00 wita pada ibu TD: 110/80 mmHg, S : 36,3 °C, N : 78 x/menit, RR : 18 x/menit, TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, loche rubra, kolostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran dan pada

bayi S : 36,8 °C, RR : 48 x/menit, HR : 133 x/menit, BAB/BAK : -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah. Pukul 23.15 wita pada ibu TD: 120/70 mmHg, S : 36,3 °C, N : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, loche rubra, kolostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran dan pada Bayi S : 37 °C, RR : 50 x/menit, HR : 136 x/menit, BAB/BAK : 1x/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah. Pukul 23.45 wita pada ibu TD: 120/80 mmHg, S : 36,3 °C, N : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, loche rubra, kolostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran dan pada Bayi S : 37 °C, RR : 46 x/menit, HR : 140 x/menit, BAB/BAK : -/-, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah. Pukul 23.45 wita pada ibu TD: 120/80 mmHg, S : 36,3 °C, N : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, loche rubra, kolostrum kiri dan kanan sudah ada pengeluaran dan pada Bayi S : 37 °C, RR : 46 x/menit, HR : 140 x/menit, BAB/BAK : -/1 kali, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah. Selama pemantauan 2 jam Post partum tidak ditemukan adanya komplikasi baik pada ibu dan bayi baru lahir. Ibu dan bayi kemudian dipindahkan ke ruang Nifas.

Tanggal 29-06-2016 pada pukul 16.30 wita melakukan evaluasi keadaan Ny. A.S umur 27 tahun P3A0AH3 dengan post partum normal. Kondisi Ny. A.S pada masa nifas memiliki keadaan yang sangat baik. Tanda –tanda vital dalam batas normal, pengeluaran pervaginam lochea rubra, tinggi fundus 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam \pm 50 cc. Nasihat yang diberikan untuk ibu yaitu Menjelaskan pada ibu tanda bahaya masa nifas seperti, demam, sakit kepala yang hebat, nyeri perut yang hebat, panas dan merah pada payudara, oedema, keluaran cairan busuk dari jalan lahir, ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan, Menganjurkan ibu makan teratur, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe), ibu mau elakukan anjuran yang diberikan, Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis Amoxilin 1x500 mg/oral, SF 1x200 mg/oral, paracetamol 1x500 mg/oral, ibu mengerti dan mau melakukannya, Mengnjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genetalia sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun, ibu mengerti dan mau melakukannya, Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya baru lahir seperti, bayi tidak mau menyusui, bayi kuning, bernapas megap-megap, kulit kebiruan. Ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang tanda bayi tersebut, Mengajukan ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari

antara jam 06.00-07.00 wita kurang lebih 15 menit dilakukan dengan dibiarkan dada bayi terbuka dan biarkan terkena dengan matahari, ibu bersedia melakukan sesuai anjuran yang diberikan. Berdasarkan hasil visite dokter pada Ny.A.S diperbolehkan pulang dengan kondisi baik. menganjurkan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang di Puskesmas Sikumana Kupang pada tanggal 01-07-2016.

4.2 Pembahasan

Penulis akan mengemukakan mengenai analisa dari kasus yang dialami selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny. A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik, diuraikan pembahasan dengan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah Varney yang dirumuskan sebagai berikut :

A. Data Subjektif

Data subjektif adalah informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada klien/ pasien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (Sudarti, 2010). Data subjektif, keluhan pada pasien inpartu adalah adanya kontraksi uterus dengan frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit, ada pengeluaran lendir darah (blood show) dan kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya (Asri Dwi,

2012). Hal ini sesuai dengan kasus Ny. A.S. dimana diperoleh data subyektif: Ibu datang ke puskesmas dengan keluhan mau melahirkan anak ketiga, sudah pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, hamil 9 bulan dan merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 15.00 wita, sudah ada pengeluaran lendir dan darah dari jalan lahir. pergerakan janin yang dirasakan ibu dalam 24 jam terakhir yaitu lebih dari 10 kali. hari pertama haid terakhir 26/09/2015.

B.Data Obyektif

Data objektif adalah informasi yang didapat dari hasil pengamatan, penunjang hasil laboratorium, dan hasil analisa bidan mengenai penemuan data dari pasien/ klien (Sudarti, 2010). Data objektif yang didapatkan adanya penipisan dan pembukaan serviks dimana kala I fase laten 1-3 cm dan fase aktif 4-10 cm (Asri Dwi, 2012).

Data objektif yang diperoleh pada kasus Ny. A.S yaitu pemeriksaan fisik head to toe difokuskan pada keluhan ibu yang ingin melahirkan dan pemeriksaan dalam dengan hasil, vulva: tidak ada oedema dan tidak ada kelainan, vagina: tidak ada fluor albus, sudah ada pengeluaran pervaginam, portio : tidak teraba lagi, pembukaan : 10 cm, kantong ketuban: -, bagian terendah: kepala, posisi : UUK di Depan, molase: O, turun hodge: IV.

Sedangkan untuk pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan saat ibu datang. Jadi pada langkah I manajemen kebidanan Varney, tidak ada kesenjangan antara teori yang dikemukakan dan asuhan yang diberikan.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data yang telah dikumpulkan. Secara teori persalinan normal mudah ditegakkan bila keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. menurut Wikijosastro (2002), data subyektif yang dikaji yaitu : ibu hamil anak beberapa, pernah melahirkan berapa kali, pernah keguguran atau tidak, anak hidup berapa orang, adanya tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya. Data obyektif yang dikaji yaitu: keadaan umum, kesadaran, TTV, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium.

Berdasarkan diagnose intrapartal normal dapat ditegakkan melalui anamnese, pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Dari data diatas ditegakkan diagnosa G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi

Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik.

4.2.3 Diagnosa Potensial

Pada kasus Ny. A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik, tidak ditemukan masalah yang memerlukan antisipasi potensial.

4.2.4 Tindakan Segera

Pada kasus Ny. A.S tidak ada tindakan segera karena tidak ada masalah dan diagnosa masalah potensial yang terjadi.

4.2.5 Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya apa yang sudah diidentifikasikan dari kondisi klien atau dari siapa masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Menurut

Rohani (2011). Asuhan kebidanan yang diberikan pada pasien intrapartal multigravida dengan persalinan normal yaitu: informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, pembukaan serviks dan penurunan bagian terendah janin, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN. Langkah ini disusun sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien, kemudian membuat keputusan bersama sebelum melaksanakannya.

Rencana tindakan pada kasus Ny. A.S mengacu pada kebutuhan pasien yakni informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi nadi, kontraksi uterus dan DJJ setiap 30 menit; mengobservasi suhu setiap 2 jam, dan mengobservasi tekanan darah, pembukaan serviks, penurunan bagian terendah janin dilakukan setiap 4 jam melalui lembar observasi, anjurkan ibu untuk jalan-jalan sekitar ruangan puskesmas, menganjurkan ibu untuk BAK bila ada rasa berkemih, anjurkan ibu untuk makan/ minum saat tidak ada his, anjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut saat his, siapkan alat dan bahan sesuai saff yang akan di pergunakan dalam menolong persalinan,

libatkan keluarga dalam persalinan untuk membantu ibu dan lakukan pertolongan persalinan menggunakan 58 langkah APN. Jadi dalam perencanaan tindakan ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2.6 Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien dan aman (Rohani,2011). Selanjutnya, rencana asuhan secara menyeluruh yang tidak diuraikan, juga dilaksanakan secara efisien dan aman. Di dalam teori melaksanakan proses-proses kebidanan sesuai dengan kewenangan bidan.

Di dalam praktek lapangan melaksanakan asuhan kebidanan sesuai apa yang sudah direncanakan kepada klien. Pada kasus Ny. A.S pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dan dalam hal ini pelaksanaan yang dilakukan seperti observasi TTV ibu, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan melakukan pertolongan persalinan menggunakan 58 langkah APN, sehingga dapat di simpulkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.7 Evaluasi

Pada langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah sudah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan dan sesuai dengan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif. Persalinan berlangsung, penulis mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya. Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. A.S dengan persalinan normal. Penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya.

Pada kasus Ny. A.S, ibu datang dengan inpartu kala 1 fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas selama 1 hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari, Hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Setelah peneliti melakukan Asuhan Kebidanan dengan menggunakan 7 langkah Varney pada multigravida dengan Persalinan Normal, maka penulis dapat membuat kesimpulan:

1. Penulis mendapatkan:
 - a. Dari hasil pengkajian baik dari data subyektif yaitu mulai dari biodata, keluhan yang dirasakan, riwayat obstetri dan ginekologi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kesehatan, riwayat KB, keadaan kehamilan sekarang, data biologis, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, dan data psikologi, maupun data obyektif yang terdiri dari pemeriksaan umum, dan pemeriksaan khusus secara inspeksi, palpasi, asukultasi dan perkusi pada pemeriksaan haed to toe, yang di dapatkan pada Ny.A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik
 - b. Setelah dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh pada kasus Ny.A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik Gejala dan tanda yang terdapat pada landasan teori di temukan pada kasus Ny.A.S

dalam persalinan normal yaitu keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir, adanya pembukaan serviks, adanya kontraksi uterus atau his persalinan yang mengakibatkan perubahan uterus dengan sifatnya yang teratur, intervalnya makin pendek, dan kekuatannya makin bertambah, dan pengeluaran cairan akibat pecahnya selaput ketuban.

- c. Pada langkah antisipasi masalah potensial pada kasus Ny.A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik, tidak terdapat masalah yang berhubungan dengan kasus ini.
- d. Pada kasus Ny.A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik, pada kasus ini tidak ada tindakan segera yang dilakukan karena tidak terdapat masalah potensial.
- e. Perencanaan yang dilakukan pada Ny. A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik, jadi dalam perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada kasus Ny. A.S tidak ada hambatan.
- f. Pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan pada Ny. A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal,

Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik. Di buat berdasarkan rencana yang telah di buat dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong persalinan, selama persalinan tidak terdapat hambatan dan tidak di temukannya tanda- tanda komplikasi, sehingga dalam pelaksanaanya perawatan pasien dapat berjalan dengan lancar.

- g. Pada tahap evaluasi tindakan yang telah di rencanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana, semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny. A.S di buat berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan karena adanya kerjasama antara penolong dan pasien dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana dan prasarana yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan. Dari semua tindakan yang dilakukan pada Ny. A.S G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik ini telah di dokumentasikan semuanya pada buku register dan status pasien secara menyeluruh menggunakan tujuh langkah varney dan data perkembangan SOAP. Pada kasus Ny. A.S ibu datang dengan inpartu kala 1 fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas Sikumana selama

dua hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari, hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

2. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus yang ditemukan di lapangan.
3. Penulis menyimpulkan bahwa kasus Intrpartal Multigravida dengan Asuhan Persalinan Normal pada Ny.A.S dengan adanya penanganan yang baik dan tepat maka klien bisa dirawat tanpa adanya komplikasi.

5.2 SARAN

1 Bagi Penulis

Diharapkan hasil dari kasus dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan bagi penulis dalam memberikan Asuhan Kebidanan Intrapartal Multigravida dengan Persalinnan Normal.

2 Bagi Bidan

Diharapkan Bidan tetap mempertahankan kinerja yang sudah baik dalam mendapatkan asuhan kebidanan intrapartal dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan sesuai dengan kondisi pasien.

3 Bagi Institusi

1. Puskesmas

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk mempertahankan pemberian asuhan atau pelayanan kebidanan secara efektif dan efisien khususnya pada Intrapartal Multigravida dengan Persalinan Normal.

2. Pendidikan

Dapat digunakan sebagai sumber bacaan untuk tugas akhir selanjutnya atau dijadikan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan khususnya pada asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal.

3. Bagi pasien.

Diharapkan melakukan INC di fasilitas kesehatan terdekat sehingga apabila terjadi resiko pada persalinan dapat dideteksi sedini mungkin dan kesakitan/kematian pada ibu akibat persalinan dapat diminimalkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asri, Dwi, dkk. 2012. ***Asuhan Persalinan Normal***. Yogyakarta: Nuha Medika
- Asrinah, Dkk. 2010. ***Asuhan Kebidanan Masa Persalinan***. Graha Ilmu: Yogyakarta
- Estiwidani, dkk. 2008. ***Konsep Kebidanan***. Yogyakarta: Fitramaya.
- Fraser, D, M. 2009. ***Myles Textbook For Midwives Lyle***. Jakarta: EGC
- Hartuti. 2010. ***Panduan ibu hamil, melahirkan dan merawat bayi***. UBA Press
- Hidayat A, sujiatini. 2010. ***Asuhan kebidanan persalinan***. Nuha Medika:Yogyakarta
- Notoatmodjo Soekidjo. 2011. ***Metode Penelitian Kesehatan***. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2011. ***Metode Penelitian Keperawatan***. Jakarta. Salemba Medika.
- Prof DR.dr. Sudigdo Sastroasmoro SP. A (K), 2011, Dasar-dasar ***Metodologi Penelitian Klinis***, Edisi Ke-4
- Riyanto, 2011. ***Metodologi Peneliian Kesehatan. Luba Medika***; Yokyakarta.
- Rohani, dkk. 2011. ***Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan***. Jakarta: Salemba Medika
- Sastroasmoro Sudigdo. 2011. ***Dasar-Dasar metodologi Penelitian Klinik***. Jakarta.CV. Sagung Seto
- Sumarah, dkk. 2008. ***Perawatan Ibu Bersalin***. Yogyakarta: Fitramay
- Varney, Helen, dkk. 2008. ***Asuhan Kebidanan***. Jakarta: EGC
- Wiknjosastro, Gulardi, dkk. 2008. ***Asuhan Persalinan Normal***. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo

Lampiran 1

**ASUHAN KEBIDANAN PADA G₃ P₂ A₀ AH₂, UK 39 MINGGU 3 HARI,
JANIN HIDUP, TUNGGAL, PRESENTASI KEPALA, INTRA UTERIN,
INTRAPARTU KALA 1 FASE AKTIF, KEADAAN UMUM IBU
DAN JANIN BAIK.**

I. PENGKAJIAN

Nama pengkaji : Manuela Marques

Tgl MRS : 28-06-2016 Jam masuk : 18.40 wita

Tanggal pengkajian : 28-06-2016 Jam pengkajian : 18.50 wita

Tempat pengkajian : Puskesmas Sikumana

A. Data subyektif

1. Biodata

Nama ibu	: Ny. A. S	Nama	: Tn. A.S
Umur	: 27 tahun	Umur	: 28 Tahun
Agama	: Protestan	Agama	: Protestan
Suku / bangsa	: Timor / Indonesia	Suku/Bangsa	: Timor/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	:IRT	Pekerjaan	: Petani
Penghasilan	: -	Penghasilan	: ± Rp 500.000
Alamat	: Jln. Oeboni 1, RT 02/ RW 01		

2. Keluhan utama : Ibu mengatakan merasakan sakit pada pinggang
menjalar ke perut bagian bawah sejak tanggal: 28-06-2016, jam:

15.00 wita, sakit sering. Keluar lendir dan darah lewat jalan lahir sejak jam 16.20 wita.

3. Riwayat menstruasi

- a. Umur saat menarche : 14 tahun
- b. Siklus : 28 hari
- c. Lamanya : 4 hari
- d. Sifat darah : encer
- e. Banyaknya : 1-2 kali ganti pembalut
- f. HPHT : 26-09-2015

4. Riwayat Perkawinan

- a. Umur saat menikah : 19 tahun
- b. Status perkawinan : Syah
- c. Lamanya : 18 Tahun
- d. Berapa kali menikah : 1 kali

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	UK	Penolong	Tgl/Bln/Thn	Jenis Persalinan	Penyulit	LH/LM/M	JK	BB	Ket
1	Aterm	Bidan	05/09/2008	Spontasn	-	LH	L	3000	Sehat
2	Aterm	Bidan	23/07/2009	Spontan	-	LH	L	2800	Sehat
3	I N IG3 P2 A0 AH2UK 39Minggu3 Hari								

6. Riwayat Kehamilan sekarang

- a. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 10- 12x
- b. ANC : 6 X Teratur di Puskesmas Sikumana
- c. Imunisasi TT₃ : Sudah di berikan, bulan Januari
- d. Keluhan Selama hamil :

Trimester I : mual, muntah,

Trimester II : pusing

Trimester III : Tidak ada

7. Riwayat penyakit sekarang

- a. Kardiovaskuler/jantung : tidak ada
- b. Malaria : tidak ada
- c. Hepatitis : tidak ada
- d. Penyakit kelamin/ HIV/ AIDS : tidak ada
- e. Asma : tidak ada
- f. TBC : tidak ada
- g. Diabetes : tidak ada
- h. Hipertensi : tidak ada

8. Riwayat Kesehatan Keluarga

- a. Kardiovaskuler/jantung : tidak ada
- b. Malaria : tidak ada
- c. Hepatitis : tidak ada
- d. Penyakit kelamin/ HIV/ AIDS : tidak ada
- e. Asma : tidak ada
- f. TBC : tidak ada
- g. Diabetes : tidak ada
- h. Hipertensi : tidak ada
- i. Riwayat kembar : tidak ada

9. Riwayat keluarga berencana

- a. KB yang pernah digunakan : Implant
- b. Lamanya : 6 Tahun
- c. Efek samping : Tidak ada
- d. Alasan berhenti : ingin mempunyai anak lagi

10. Latar Belakang Budaya

- a. Kebiasaan melahirkan ditolong oleh: Bidan
- b. Pantangan makanan : tidak ada
- c. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : tidak ada

11. Keadaan Psikososial dan Sosial ekonomi

- a. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini:

ibu menerima kehamilan ini karena ini merupakan kehamilan yang direncanakan.

- b. Dukungan dari keluarga : Ada
- c. Beban kerja setiap hari : pekerjaan IRT
- d. Jenis persalinan yang diharapkan : normal
- e. Jenis kelamin yang diharapkan : Laki-laki/ Perempuan
- f. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami
- g. Kebiasaan Hidup :
- a) Merokok : Tidak Pernah

- b) Minum minuman keras : Tidak Pernah
- c) Mengonsumsi obat terlarang : Tidak Pernah
- d) Minum Kopi, dll : Ya (Minum kopi 2x sehari)

h. Riwayat Seksual

Riwayat Seksual dari Trimester I sampai Trimester III : Tidak ditanyakan

12. Riwayat diet atau makanan

- a. Jenis makanan Pokok : Nasi
- b. Porsinya : 1 piring penuh
- c. Frekuensi makan : 3 x sehari
- d. Lauk pauk : Sayur, ikan, tempe tahu, daging, telur.
- e. Minum Air : Ya, air putih 7- 8 gelas/ hari
- f. Keluhan : Tidak ada
- g. Riwayat makan sebelum datang : ibu mengatakan sebelum datang sudah makan sekitar 1 jam yang lalu dengan porsi 1 piring sedang

13. Riwayat Pola Eliminasi

a. BAK

Frekuensi : 5 - 6 x/ hari

Bau : khas urin

Warna : Kuning Jernih

Riwayat BAK sebelum datang : ibu mengatakan BAK terakhir sekitar 1 jam yang lalu.

b. BAB

Frekuensi : 1x/ hari

Bau : Khas feces

Konsistensi : Lunak

Warna : Kuning Kecoklatan

Riwayat BAB sebelum datang : Ibu mengatakan hari ini sudah BAB sekitar 1 jam yang lalu.

14. Riwayat Pola Istirahat

a. Tidur siang : \pm 2 jam/ hari

b. Tidur malam : 7- 8 jam/ hari

c. Riwayat istirahat sebelum datang: Ibu mengatakan hanya 1- 2 jam mendapatkan istirahat tidur malam.

15. Riwayat Kebersihan diri

a. Mandi : 2x/ hari

b. Sikat gigi : 2x/hari

c. Ganti pakaian dalam : 2x/hari

d. Ganti pakaian luar : 2x/ hari

e. Keramas rambut : 2- 3 x/ minggu

f. Perawatan payudara : Dilakukan sebelum mandi dengan minyak kelapa atau baby oil dan bersihkan menggunakan kapas.

- g. Riwayat kebersihan diri sebelum datang : ibu mengatakan sebelum datang ia sudah mandi, sikat gigi, mencuci rambut dan mengganti pakaiannya.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Bentuk Tubuh : Lordosis
- d. Ekspresi Wajah : Meringis
- e. Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Suhu : 36°C

Nadi : 80 x/menit

Pernapasan : 19 x/menit

- f. BB : 73 kg kenaikan BB selama hamil
- g. TB : tidak diukur
- h. LILA : 27 cm selama hamil
- i. TP : 03-07-2016

2. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

- i) Kepala : bersih, tidak ada bekas luka.

Rambut : tidak rontok, tidak ada ketombe

ii) Wajah

Bentuk : oval

Pucat : tidak ada

Cloasma gravidarum: tidak ada

Oedema : tidak ada

iii) Mata

Conjunktiva : merah muda

Sclera : putih

Oedema : tidak ada

iv) Telinga

Bentuk : simetris

v) Hidung

Bentuk : normal, tidak ada kelainan.

vi) Mulut

Mukosa bibir : lembab

Warna bibir : merah muda

Stomatitis/sariawan : tidak ada

vii) Gigi

Kelengkapan gigi : lengkap.

Caries gigi : tidak ada.

viii) Tenggorokan

Warna : merah muda

Tonsil : tidak ada

ix) Leher

Adakah pembesaran kelenjar limfe : tidak ada

Adakah pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada

Adakah bendungan vena jugularis : tidak ada

x) Dada

1) Dada

a) Bentuk : simetris

b) Mammae

Bentuk : simetris

Aerola : hiperpigmentasi kanan dan kiri

Putting susu : menonjol

xi) Perut

Bentuk : membesar sesuai UK

Linea nigra : ada

Linea alba : Tidak ada

Bekas luka operasi : tidak ada

xii) Ekstremitas

Bentuk : simetris kanan dan kiri

Varices : tidak ada

Oedema : tidak ada

xiii) Vulva, vagina dan anus : bersih

Bentuk : normal

PPV : ada, lendir dan darah.

Varises : tidak ada

Haemoroid : tidak ada

b. Palpasi

i. Kepala : tidak ada oedema dan tidak ada benjolan

ii. Leher

Adakah pembesaran kelenjar limfe : tidak ada

Adakah pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada

Adakah bendungan vena jugularis : tidak ada

iii. Dada

Payudara : tidak ada masa dan tidak ada benjolan

Mammae colostrum : kanan (+) / kiri (+)

iv. Perut

a) Leopold I :

Tinggi fundus uteri (TFU) 3 jari dibawah processus xphoideus, bagian fundus teraba lunak, bulat dan tidak melenting (bokong).

b) Leopold II :

Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (PU-KI) dan Pada bagian kiri ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas).

c) Leopold III :

Pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak dapat digoyangkan (kepala).

d) Leopold IV :

Divergen (kepala sudah masuk PAP), Penurunan 4/5

e) TFU Menurut Mc Donald : 30 cm

f) TBBJ : $2945 \text{ gram} - (30 - 11) \times 155 = 19 \times 155 = 2945 \text{ gram}$

g) His

Tanggal : 28-06-2016

Jam : 18.50 wita

Frekuensi : 3x dalam 10 menit lamanya 30-35 detik

Intensitas : kuat

Irama : teratur

c. Auskultasi

DJJ (+) terdengar kuat, jelas dan teratur (Doppler) pada titik maksimum pada perut bagian kiri bawah pusat ibu. Frekuensi : 138 x/ menit

d. Perkusi

Refleks Battelli : tidak dilakukan

3. Pemeriksaan dalam

Tanggal : 28-06-2016

Jam : 19.00 WITA

Indikasi : ibu mengatakan keluar lendir darah dari jalan lahir sejak pukul 16.20 wita (28-06-2016) . Adanya HIS yang adekuat yaitu 3 x 10 menit lamanya 30-35 detik.

Tujuan : Untuk memastikan ibu dalam fase inpartu

Oleh : Mahasiswa Manuela Marques

Hasil :

- a. Vulva : tidak ada kelainan
- b. Vagina : tidak ada kelainan
- c. Portio : tebal lunak
- d. Pembukaan : 6 cm
- e. Kantong ketuban : positif
- f. Bagian terendah : kepala
- g. Posisi : UUK kanan depan
- h. Molase : Tidak ada
- i. Turun hodge : II – III

4. Pemeriksaan Laboratorium

a. Urine

- 1) Reduksi : Tidak dilakukan
- 2) Albumin : Tidak dilakukan

b. Darah

- 1) HB : Tidak dilakukan
- 2) Gol Darah : Tidak dilakukan

5. Pemeriksaan Khusus

- 1) USG : Tidak dilakukan.
- 2) Rontgen : Tidak dilakukan.

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnose/masalah	Data dasar
<p>G₃ P₂ A₀ AH₂, Uk 39</p> <p>Minggu 3 Hari, Janin</p> <p>Hidup, Tunggal,</p> <p>Presentasi Kepala,</p> <p>Intra Uterin, Inpartu</p> <p>Kala I Fase Aktif,</p> <p>Keadaan Ibu Dan</p> <p>Janin Baik.</p>	<p>Data subyektif:</p> <p>ibu mengatakan mau melahirkan anak ke-3, tidak pernah keguguran, usia kehamilan 9 bulan, pergerakan janin masih dirasakandan ibu merasakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak 28-06-2016, jam 15.00 WITA,dan keluar lendir darah dari jalan lahir pukul 16.20 WITA.</p> <p>HPHT : 26-09-2015</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Tanggal MRS : 28-06-2016</p> <p>TP : 03-07-2016</p> <p>Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>Ekspresi wajah : kadang meringis saat ada his</p> <p>TTV</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>S : 36°C</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>RR : 19 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih, mukosa bibir lembab, payudara simetris, aerola mammae hiperpigmentasi, putting susu menonjol, colostrum : ka (+)/ ki(+), tidak ada bekas operasi pada abdomen, tidak ada oedema dan varises pada ekstermitas.</p> <p>Palpasi:</p>

	<p>1. Palpasi</p> <p>Leopold I:</p> <p>TFU 3 jari dibawah prosesus xyphoideus, pada fundus teraba lunak, bulat dan tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II:</p> <p>Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung), pada perut ibu bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstremitas)</p> <p>Leopold III :</p> <p>Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan (kepala).</p> <p>Leopold IV:</p> <p>Bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen, 3/5)</p> <p>TFU menurut Mc.Donald: 30 cm</p> <p>TBBJ : 2945cm</p> <p>$(30-11) \times 155 = 19 \times 155 = 2945$ gram</p> <p>His: 3x/10 menit, lamanya 30-35 detik</p> <p>Auskultasi</p> <p>Frekuensi : 140 x/menit</p> <p>Denyut jantung terdengar jelas, kuat, teratur, dengan titik maksimum disebelah kanan bawah pusat.</p> <p>Pemeriksaan dalam</p> <p>Vulva dan vagina</p> <p>Inspeksi : tidak ada oedema dan varices</p> <p>Tanggal : 28-06-2016</p> <p>Pukul : 19.00 wita</p> <p>Indikasi : ibu mengatakan keluar lendir darah dari jalan lahir sejak pukul 16.20 wita (28-06-2016) wita.</p> <p>Adanya HIS yang adekuat yaitu 3x 10 menit</p>
--	---

	<p>lamanya 30-35 detik.</p> <p>Tujuan : untuk memastikan ibu dalam fase inpartu</p> <p>Oleh : Mahasiswa Manuela Marques</p> <p>Hasil : Vulva : tidak ada pembengkakan kelenjar bartholini, kelenjar scene, tidak ada kelainan. Vagina : tidak ada benjolan pada adneksa kiri dan adneksa kanan. Portio : tebal lunak, pembukaan 6 cm, kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi UUK kanan depan, molase : tidak ada, Turun hodge II-III.</p>
--	---

III.ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 28-06-2016 Jam : 19.00 WITA

Diagnose : G₃ P₂ A₀ AH₂, uk 39 minggu 3 hari, Janin Hidup, Tunggal, Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu Dan Janin Baik.

1. Lakukan pendekatan pada ibu

R/ pendekatan merupakan cara efektif untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan bidan

2. Ciptakan lingkungan aman dan nyaman

R/ lingkungan amandan nyaman merupakan tindakan pencegahan infeksi serta menjaga privasi ibu termasuk asuhan sayang ibu.

3. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan

R/ cuci tangan merupakan langkah pencegahan terjadinya transmisi kuman dan bakteri dari pasien ke bidan dan atau dari bidan ke pasien.

4. Informasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan.

R/ informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan.

5. Observasi persalinan melalui lembar observasi

R/ lembar observasi sebagai indikator untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan dan keadaan patologi yang timbul pada ibu dan janin.

6. Anjurkan ibu untuk jalan- jalan sekitar ruangan

R/ agar mempercepat penurunan kepala janin.

7. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi

R/ Untuk memberi cukup energi selama persalinan dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi.

8. Anjurkan ibu BAK setiap kali ingin BAK

R/ kandung kemih yang penuh menghambat penurunan kepala dan menekan abdomen bawah ibu sehingga menimbulkan nyeri pada abdomen bawah

9. Libatkan keluarga dan suami dalam memberikan dukungan psikologis

R/ kehadiran seorang pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan antara lain dapat menurunkan angka morbiditas, mengurangi rasa sakit, persalinan lebih singkat dan menurunnya persalinan dengan tindakan

10. Siapkan kelengkapan persalinan

R/ mempermudah dan mencegah keterlambatan dalam pertolongan persalinan

11. Siapkan kelengkapan pencegahan infeksi

R/ mencegah penyebaran bakteri dan kuman yang mungkin saja terjadi dan mencegah infeksi nosokomial.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 28-06-2016

Jam : 19.10 Wita

Diagnose : G₃ P₂ A₀ AH₂, uk 39 minggu 3 hari, Janin Hidup, Tunggal,

Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu

Dan Janin Baik.

No	Pelaksanaan	Paraf
1.	Menciptakan lingkungan aman dan nyaman. M/ Lingkungan telah dibersihkan dan pintu ruangan di tutup	
2.	Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan M/ cuci tangan 7 langkah menggunakan sabun di air mengalir telah di lakukan	
3.	Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan , keadaan umum ibu dan janin baik, TTV dalam batas normal M/ ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan	
4.	Melakukan observasi DJJ, kontraksi setiap 1 jam, nadi setiap 30 menit, tekanan darah, suhu, pembukaan serviks, penurunan bagian terendah janin setiap 4 jam atau segera bila ada indikasi dan dilaporkan dalam lembar observasi. M/ Jam 17.10 wita, TTV : TD : 120/80 mmHg, S: 37°C, N: 84 x/ menit, DJJ : 145 x/ menit. His 3 x dalam 10 menit lamanya 30-35 detik. VT evaluasi : vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 5 cm, molase : tidak ada, kepala turun hodge II - III.	
5.	Menganjurkan ibu untuk jalan- jalan sekitar ruangan. M/ ibu menerima anjuran dan jalan – jalan sekitar ruangan puskesmas	
6.	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi M/ ibu sudah makan 1 piring sedang nasi, ikan goreng 1 potong, tempe 1 potong dan sayur sawi 1 mangkuk kecil serta minum air ± 3- 4 gelas.	

7	Menganjurkan ibu BAK setiap kali ingin BAK. M/ ibu menerima anjuran yang diberikan dan sudah BAK.	
8	Melibatkan suami dan keluarga dalam proses persalinan, dengan cara suami atau keluarga berada di samping ibu. M/ agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu.	

VII. EVALUASI

Tanggal : 28-06-2016

Jam : 19.30 Wita

Diagnose : G₃ P₂ A₀ AH₂, uk 39 minggu 3 hari, Janin Hidup, Tunggal,
Presentasi Kepala, Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif, Keadaan Ibu
Dan Janin Baik.

S : ibu mengatakan sakit semakin sering, ada keinginan untuk meneran dan BAB, serta merasa ada pengeluaran air-air banyak dari jalan lahir.

O : Tanggal : 28-06-2016 Jam : 22.00 WITA

HIS : 4-5 x dalam 10' lamanya 40-45 detik.

Indikasi : Ketuban pecah spontan jam 22.00 WITA, warna ketuban jernih.

Tujuan : Untuk menilai kemajuan persalinan atau memastikan pembukaan lengkap.

VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban pecah spontan air ketuban jernih, bagian terendah kepala, posisi belakang kepala, tidak ada molase, kepala Turun Hodge IV.

A : kala II

P : Pastikan alat dan bahan siap pakai

Siap ibu dan keluarga

Atur posisi

Persiapan pertolongan persalinan

Tolong kelahiran anak.

I

1. Amati dan lihat tanda dan gejala kala II yaitu dorongan meneran, tekanan pada anus, perinium menonjol, vulva membuka.
2. Siapkan alat dan bahan sesuai SAFF; termasuk mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

SAFF I yakni pertus set ($\frac{1}{2}$ koher 1 buah, sarung tangan steril 2 pasang, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, pengikat tali pusat, klem 2 buah, kassa secukupnya), kapas sublimat, air DTT, chlorin spray, spuit 1 cc dan 3 cc, dan funduscope. SAFF II yakni Heacting set (sarung tangan steril, gunting benang, jarum otot dan gunting kulit, pinset surgis, pinset anatomis, kassa secukupnya), clorin sarung tangan, tempat plasenta, tensi meter, stetoskop.

SAFF III yakni APD (celemek, kacamata, masker, topi, sepatu boot), infus set, cairan infus, pakaian ibu dan bayi. Kelengkapan resusitasi yaitu meja

yang keras dan datar yang dilapisi kain, lampu 60 watt, pengganjal bahu, penghisap lendir delee, kain kasa steril, sungkup, tabung O2 dan kelengkapan troli partus; Tempat pakaian kotor, ember berisi air DTT ibu, air DTT bayi, clorin alat, air bersih, tempat sampah medis, tempat sampah non medis dan safety box.

3. Penolong menggunakan celemek
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Hasil VT : vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10cm, kantung ketuban tidak ada,

presentase kepala, penunjuk UUK kanan depan, tidak ada molase, TH IV.

9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

Tanggal : 28-06-2016 Jam : 22.00 WITA

VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban pecah spontan air ketuban jernih, bagian terendah kepala, posisi belakang kepala, tidak ada molase, kepala Turun Hodge IV.

10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir, DJJ 140 x/menit.
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

14. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran, dianjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, dianjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Ibu tidak ingin jalan, ibu hanya ingin tidur saja. Kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat dan dangkal saat kepala lahir.

20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung, bokong, tungkai dan ke arah kaki . pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Melakukan penilaian sepiantas : bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi lahir lambat menagis,

dilakukan langkah awal selama 30 detik, bayi menangis kuat bernapas tanpa kesulitan, dan bayi bergerak aktif.

26. Segera mengeringkan bayi, dimulai dari muka, kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan biarkan bayi diatas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28. Beritahu ibu untuk melakukan penyuntikan oksitosin
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (Intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

E : Tanggal 28-06-2016 jam 22.10 WITA

Partus spontan, letak belakang kepala, tidak ada lilitan tali pusat, bayi lahir langsung menangis kuat, jenis kelamin perempuan, kontraksi uterus baik.

Kala III

Tanggal : 28-06-2016 Jam: 22.12 WITA

S : Ibu mengatakan merasa lega karena bayinnya yang baru saja dilahirkan, setelah bayi lahir ibu merasa lelah, perutnya mules, merasa ada pengeluaran darah dari jalan lahir.

O : keadaan umum: baik, plasenta belum lahir, kontraksi uterus baik. Adanya tanda-tanda pelepasan plasenta: perubahan bentuk dan tinggi fundus, TFU setinggi pusat, tali pusat semakin memanjang, dan semburan darah meningkat.

A : kala III

P : Lakukan PTT

Lahirkan plasenta

Lakukan masase uterus

Periksa kelengkapan plasenta (selaput dan kotiledon)

Periksa jalan lahir apakah ada rupture atau tidak

I :

31. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut dan mengikat tali pusat

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi simpisis, untuk mendeteksi, tangan yang lain menegangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kraniol) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu)
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kraniol hingga plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kraniol)
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar

plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

E : Tanggal 28-06-2016 Jam : 22.15 wita

Plasenta lahir spontan, selaput korion dan kotiledon lengkap, perdarahan ± 100 cc sebab pelepasan plasenta, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, panjang tali pusat 65 cm, insersi tali pusat lateralis, tidak ada robekan.

Kala IV

Tanggal : 28-06-2016 Jam: 22.30 WITA

S : Ibu mengatakan sedikit mules pada perutnya, namun ibu lega karena sudah melewati proses persalinan.

O : Kontraksi uterus baik, Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah pusat, perdarahan pervaginam \pm 100 cc. TTV: TD: 110/70 mmHg, S : 37 °C, N: 72x/mnt, serta ibu tampak senang dengan kelahiran bayinnya.

A : kala IV

P : Evaluasi kontraksi, perdarahan, TTV

Lakukan massase fundus uteri

Lakukan kebersihan, keamanan dan dekontaminasi

I :

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
44. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamin k1, 1 mg IM di paha kiri anterolateral.
45. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, berikan suntikan imunisasi hepattis B di paha kanan anterolateral.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi).
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu makan dan minum yang diinginkannya.
55. Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

Mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan.

Catatan Perkembangan 2 Jam Post Partum

Pemantauan ibu dan bayi 1 jam pertama tiap 15 menit dan 1 jam kedua tiap 30 menit

Pemantauan ibu

Jam	TD	N	S	TFU	Kontra ksi	Perdara han	Kandung Kemih
22.30	110/70	72	36,3	2 jari bwh pust	Baik	±100 cc	Kosong
22.45	110/70	72		2 jari bwh pusat	Baik	±100 cc	Kosong
23.00	110/80	78		2 jari bwh pust	Baik	100 cc	Kosong
23.15	120/70	80		2 jari bwh pust	Baik	± 50 cc	Kosong
23.45	120/70	80		2 jari bwh pust	Baik	± 50 cc	Kosong
00.15	120/80	80		2 jari bwh pust	Baik	± 50 cc	Kosong

Pemantauan Bayi

Jam	RR	Suhu	Warna kulit	Gera kan	Isapan	BAB	BAK
22.30	42	36,8	kemerahan	Aktif	Kuat	-	1 kali
22.45	44	36,8	kemerahan	Aktif	Kuat	-	-
23.00	48	36,8	Kemerahan	Aktif	Kuat	-	-
23.15	50	37	Kemerahan	Aktif	Kuat	-	-
23.45	46	37	Kemerahan	Aktif	Kuat	-	-
00.15	46	37	Kemerahan	Aktif	Kuat	-	1 kali

Jam 23.10 wita timbang dan ukur bayi :

BB : 3000 gram, PB : 48 cm, LK : 31 cm, LD : 31 cm, LP : 30 cm

Jam 23.15 wita : memberikan salap mata oxytetracyclin 0,1 gr dan vit K (Phytomenadione) 0,1 ml/IM.

Jam 00.15 wita : pindahkan pasien ke ruangan nifas dan

Jam 00.20 wita berikan terapi pada ibu;

1. Vitamin A 1 x 200.000 IU untuk meningkatkan kandungan ASI
2. Amoxillin 3 x 500 mg/ per oral untuk mencegah infeksi
3. SF 1 x 200 mg /per oral untuk mencegah anemia defisiensi zat besi
4. Vitamin C 2 x 50 mg/ per oral untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan membantu penyerapan SF
5. Paracetamol 1 x 500 mg/ per oral untuk membantu meredakan nyeri

KUNJUNGAN RUMAH

1. Kunjungan Rumah Hari pertama

Tanggal	Data Dasar	Paraf
30-06-2016	<p>Ibu mengatakan tidak ada keluhan, masih ada pengeluaran sedikit darah dari jalan lahir berwarna merah, 2 kali ganti pembalut, BAB/BAK: 1/3 kali, serta isapan ASI bayi kuat.</p> <p>O : Pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum ibu: baik, kesadaran: composmentis</p> <p>TTV: TD: 100/80 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,8⁰c</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Palpasi: TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik</p> <p>A: P₃ A₀ AH₃, postpartum hari pertama</p> <p>Penatalaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan TTV, menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal, keadaan umum ibu baik. 2. Menganjurkan ibu makan teratur, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe), ibu mau melakukan anuran yang diberikan. 3. Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis Amoxixilin 1x500 mg/oral, SF 1x200 mg/oral, paracetamol 1x500 mg/oral, ibu mengerti dan mau melakukannya. 4. Menganjurkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genetalia sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun. Ibu mengerti dan mau 	

	<p>melakukannya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memandikan bayi akan selalu terjaga kebersihannya, ibu mengerti dan mau melakukan dengan anjuran yang diberikan. 6. Mengajarkan ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari antara jam 06.00-07.00 wita kurang lebih 15 menit dilakukan dengan dibiarkan dada bayi terbuka dan biarkan terkena dengan matahari, ibu bersedia melakukan sesuai anjuran yang diberikan. 7. Mengajarkan ibu untuk selalu menyusui bayinya setiap 2 jam sekali, ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai anjuran. 8. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar seperti ibu dapat menyusui dengan duduk maupun berbaring, badan bayi menghadap ke dada ibu, bayi harus mengulum sebagian payudara ibu. Sebaiknya bayi ditopang pada bahunya sehingga posisi kepala agak tengadah sentuhan puting susu dengan lembut pada mulut bayi. Proses menyusui dilakukan hingga bayi puas menyusui dengan tanda bayi tertidur/melepas isapannya, Ibu mengerti dan mau melakukannya 9. Mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat dengan cara sebelum mandi bersihkan menggunakan kassa, tidak usah menggunakan alkohol maupun bedak, membantu agar tali pusat cepat kering dan tidak berbau/bernanah, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. 	
--	---	--

2. Kunjungan Rumah Hari Kedua

Tanggal	Data Dasar	Paraf
01-07-2016	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran darah dari jalan lahir sudah berkurang, berwarna merah kuning, 2 kali ganti pembalut, BAB/BAK: 1/4kali, serta isapan ASI bayi kuat.</p> <p>O : Pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum ibu: baik, kesadaran: composmentis</p> <p>TTV: TD: 100/80 mmHg, N: 82x/menit, RR: 20x/menit, S: 37⁰c</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Abdomen</p> <p>Palpasi: TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik</p> <p>A: P₃ A₀ AH₃, postpartum hari kedua</p> <p>Penatalaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu ibu dalam keadaan baik dan TTV dalam batas normal 2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan tertur, tidur siang 1-2 jam, tidur malam 7-8 jam, ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan. 3. Mengajarkan ibu mengenai perawatan bayi yaitu: ganti popok bayi jika basah, jaga kehangatan bayi, menyusui bayi sesering mungkin setiap 2 jam sekali, jangan bubuhi apapun pada tali pusat bayi, Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan 4. Memberikan konseling pada ibu untuk memilih kontrasepsi yang digunakan atau persetujuan 	

	<p>ibu dan suami. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.</p> <p>5. Memberikan KIE tentang imunisasi dasar lengkap pada bayinya yaitu BCG, Polio, DPT dan Campak. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.</p> <p>6. Menganjurkan ibu untuk membawa anaknya ke puskesmas atau posyandu untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap serta menimbang bayinya sehingga bisa mengetahui peningkatan berat badan setiap kali posyandu atau puskesmas. Ibu mengerti dan bersedia membawa anaknya ke puskesmas atau posyandu.</p>	
--	---	--

Lampiran 2

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu NY A.S Umur 27 Tahun G 3 P 2 A 0

No. Puskesmas Tanggal 28-06-2016 Jam 18.40 wita

Ketuban Pecah sejak jam : _____ Mules Sejak jam : 15.00 wita

Denyut Jantung Janin

Air Ketuban Penyusupan

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x
Turunnya Kepala Beri tanda 0

Waktu (jam)

ntaksi < 20
tapi 20-40
1 menit > 40 detik

Oksitosin U/L Tetes / menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan Darah

Suhu °C

Urine { Protein
Aseton
Volume

CATATAN PERSALINAN		CATATAN KELAHIRAN BAYI							
1 Tanggal : 28-06-2016		1 Jenis Kelamin : LK (PB)							
2 Usia kehamilan : 33 minggu		2 Saat Lahir : jam 12.00 Hari Selasa Tanggal 28-06-2016							
Prematur <input checked="" type="checkbox"/> Aterm <input checked="" type="checkbox"/> Posmatur <input type="checkbox"/>		3 Bayi Lahir hidup <input checked="" type="checkbox"/> Lahir mati <input type="checkbox"/>							
3 Letak :		4 Penilaian : (Tanda V ya x tidak)							
4 Persalinan : Normal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan <input type="checkbox"/> Seksio <input type="checkbox"/>		Bayi napas spontan teratur <input checked="" type="checkbox"/>							
5 Nama bidan :		Gerakan aktif/tonus kuat <input checked="" type="checkbox"/>							
6 Tempat persalinan :		Alir ketuban jernih <input checked="" type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input type="checkbox"/> Puskesmas		5 Asupan bu...							
<input type="checkbox"/> Polindes <input type="checkbox"/> Rumah Sakit		Keringkan dan hangatkan							
Klinik Swasta Lainnya :		Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka							
7 Alamat tempat persalinan : Puskesmas Sekeloa		Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam							
8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV		Vit K 1 mg di paha kiri atas							
9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI		Salp mata/tetes mata							
10 Tempat rujukan :		6 Apakah Bayi di Resusitasi?							
11 Pendamping pada saat merujuk : <input type="checkbox"/> Bidan		YA <input checked="" type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> kader <input type="checkbox"/> lain2		Jika YA tindakan :							
		Langkah awal menit							
		ventilasi selama menit							
		Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal							
		7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan							
		YA <input checked="" type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>							
		8 Kapan bayi mandi : ... jam setelah lahir							
		9 Berat Badan Bayi : ... Gram							
KALA I		KALA III							
1 Partograf melewati garis waspada : Ya / Tidak		1 Lama kala III : ... menit							
2 Masalah lain : sebutkan :		2 manajemen Aktif kala III :							
3 Penatalaksanaan masalah tersebut :		<input type="checkbox"/> Oksitocin 10 IU IM dalam waktu ... menit							
4 Hasilnya :		<input type="checkbox"/> Peregangan Tali Pusat Terkendali							
		<input type="checkbox"/> Masase Fundus Uteri							
		3 Pemberian ulang Oksitocin 10 IU IM yang kedua ?							
		<input type="checkbox"/> Ya, Alasan ...							
		<input type="checkbox"/> Tidak							
		4 Plasenta lahir Lengkap (Intact)							
		Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>							
		Jika TIDAK, tindakan ...							
		5 Plasenta tidak lahir > 30 menit							
		Ya, Tidak							
		6 Laserasi							
		Ya, Tidak							
		Jika YA, dimana ... derajat 1 2 3 4							
		Tindakan ...							
		7 Atonia Uteri							
		Ya, Tidak							
		Jika YA tindakan ...							
		8 Jumlah perdarahan ... ml							
		Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan							
PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH		
22.30	100/70	72x/14	36.5°C	2 di bawah PS	Benak	+ 100 cc	kosong		
22.45	110/70	72x/14		2 di bawah PS	Benak	+ 100 cc	kosong		
23.00	110/70	72x/14		2 di bawah PS	Benak	100 cc	kosong		
23.15	120/70	80x/14		2 di bawah PS	Benak	+ 50 cc	kosong		
23.45	120/70	80x/14	36.5°C	2 di bawah PS	Benak	+ 50 cc	kosong		
00.15	120/70	80x/14		2 di bawah PS	Benak	+ 50 cc	kosong		
PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA RUT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
22.30	32x/14	36.8°C	kebiruan	Aktif	Kuat	Tdk berbau	Tidak	-	-
22.45	32x/14	36.8°C	kebiruan	Aktif	Kuat	Tdk berbau	Tidak	-	-
23.00	32x/14	36.8°C	kebiruan	Aktif	Kuat	Tdk berbau	Tidak	-	-
23.15	32x/14	37.0°C	kebiruan	Aktif	Kuat	Tdk berbau	Tidak	-	-
23.45	32x/14	37.0°C	kebiruan	Aktif	Kuat	Tdk berbau	Tidak	-	-
00.15	32x/14	37.0°C	kebiruan	Aktif	Kuat	Tdk berbau	Tidak	-	-

Tanda Bahaya : ☐ Ibu..... ☐ Bayi.....

Tindakan (jelaskan dicatat kasus)

☐ Dirujuk ☐ Tidak dirujuk



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRIKUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 Oebufu Kupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama mahasiswa : Manuela Marques
NIM : 132111120
Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST., M.Keb

No	Hari/tanggal	Bab yang dikonsultasikan	Revisi	Tanda tangan pembimbing
1	19 8 16	I - II	Revisi sur basis	
2	13 12 16		Revisi - latar belakang - pendahuluan - penutup	
3	15 12 16.		Revisi penutup 4. diagnosis, penemuan	
4	16 12 16.		ace	
5				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
Jl. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Manuela Marques
Nim : 132111120
Pembimbing II : Endah Dwi Pratiwi, SST

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	Senin 29-10-2016	Bab 1	Pelajaran + Pembetulan	
2	Sabtu 29-10-2016	Bab 2 Bab 3	Perbaikan	
3	Kamis 10-11-2016	Bab 3 Askeb	Perbaikan	
4	Selasa 6-12-2016	Askeb Patograp	Perbaikan	
5	Kamis 8-12-2016	- Bab 4 - Askeb - Patograp	Perbaikan	
6	Selasa 13-12-2016	Kelengkapan	Perbaikan Lengkap	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang

Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590

Kupang-NTT Indonesia, e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

Nama : Manuela Marques
NIM : 132111120
Penguji : Maria Clemensia Fospi Djeky, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf
1	10-02-2017	- Perbaiki bab IV - Paragraf - askep	
2	sabtu 26-02-2017		
3			
4			
5			



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590
Kupang-NTT Indonesia, e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

Nama : Manuela Marques
NIM : 132111120
Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST., M.Keb



No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf
1	Juli 27, 17	Pebarikan penulisan	
2	Kamis Juli 9 - 17 2	ada	
3			
4			
5			



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590
Kupang-NTT Indonesia, e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama : MANUELA MARQUES
NIM : 132111120
Pembimbing II : Endah Dwi Pratiwi, SST

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Rabu 10-5-2016	- Bab 3 - Bab 4	
2	Jumat 12-5-2016	Acc	
3			
4			